

ANNEE 1962

N°: _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(diplôme d'Etat)

Par:

Michel Pierre Alexis B O U R R I E R

Né le 10 Janvier 1932 à Paris (19°)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.
Diplômé de PEDIATRIE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE:

: LES INSUFFISANTS CEREBRAUX GRAVES (Débiles profonds) :
: Recherches sur l'étiologie :
: Problèmes de placement et d'utilisation. :
:

Président: Monsieur LELONG, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

N°: _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(diplôme d'Etat)

Par:

Michel Pierre Alexis B O U R R I E R

Né le 10 Janvier 1932 à Paris (19°)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.
Diplômé de PEDIATRIE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE:

: LES INSUFFISANTS CEREBRAUX GRAVES (Débiles profonds) :
: Recherches sur l'étiologie :
: Problèmes de placement et d'utilisation. :
:

Président: Monsieur LELONG, Professeur.



LISTE DES PROFESSEURS A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS (I/IO/I960)

PROFESSEURS HONORAIRES.

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur-Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN..... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR..... Jean VERNE

I. PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie Pathologique	DELMAS (A.)
Anesthésiologie	DELARUE (J.)
BIOCHIMIE MEDICALE	BAUMANN (J.)
-- (Prof. à titre personnel)	JAYLE (M.F.)
-- (Prof. à titre personnel)	ETTORI (J.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	SCHAPIRA (G.)
Biologie médicale	CHAILLEY-BERT (P.)
-- (Pro. à titre personnel)	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BOURLIERE (F.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	BERNARD (J.)
Clinique cardiologique (Broussais)	REDON (H.)
: Beaujon	MOUQUIN (M.)
: Cochin	SICARD (A.)
: Hôtel-Dieu	N.
Cliniques chirurgicales: Pitié	PATEL (J.)
: Saint-Antoine	CORDIER (G.)
: Salpêtrière	GOSSET (J.)
: Tenon	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	LORTAT-JACOB (J.L.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Broussais	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	GAUDART D'ALLAINES (F. de)
(Laënnec)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	MATHEY (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	LIAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques (Saint-Louis)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
	CATHALA (J.)

Clinique des maladies infectieuses(Cl. Bernard)	MOLLARET(P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques(Necker)	HAMBURGER(J.)
Clinique des maladies du sang(Broussais)	MARCHAL(G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
!Boucicaut	LENEGRE(J.)
!Broussais	SOULIE (P.)
!Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales !Cochin	BROUET (G.)
!Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
!Pitié	DREYFUS (G.)
!St Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY(C.)
Clinique médicale propédeutique(Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition(Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN(R.)
Cliniques obstétricales !Baudelocque	LACOMME(M.)
!Foch (Suresnes)	MERGER(R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique(Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent de Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie(Laënnec)	BERNARD(E.)
Clinique psychiatrique infantile(Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale(Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale(St Antoine)	LEMAIRE(A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
-"-(Prof. à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la Médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SEZE(De)
Histologie	VERNE(J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
-"-(Prof. à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE(R.)
Microbiologie (bactériologie et virologie)	FASQUELLE(R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
-"-(Prof. à titre personnel)	BRUMPT (L.C.)

Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
-- (Prof. à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
-- (Prof. à titre personnel)	LEVY (Melle J.)
Physiologie	BINET (L.)
-- (Prof. à titre personnel)	BARGETON (B.)
-- (Prof. à titre personnel)	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
-- (Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expé- mentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II/ PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES et
MAITRES DE CONFERENCES AGREGES.

MM.	
Anatomie.....	CABROL (C.) ! Hygiène..... BOYER (J) Pr.S. ch.
	COUINAUD (C) ! CORRE-HURST (Mme L)
	OLIVIER (G) ! Maladies infectieuses:
Anatomie-Pathologique..	GAUTHIER- ! BASTIN (R)
	VILLARS ! DUPONT (V)
	BUSSER (F) ! Médecine légale DEROBERT (L) Pr.s. Ch.
	GOUYGOU (Ch) ! HADENGUE (A)
	ORCEL (L) ! FOURNIER (E)
	PAILLAS (J) ! GUENIOT (M)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G) ! Médecine du travail:
Bactériologie.....	BARBIER (P) ! ALBAHARY (C)
	CHRISTOL (D) ! Neurologie..... LHERMITTE (F)
	TOURNIER (P) ! Obstétrique.... GRANGEON (A)
Biochimie médicale....	DESGREZ (P) ! HERVET (E)
	pr. s. Ch; LE LORIER (G)
	POLONOWSKI (J) MORIN (P)
	m. conf. ! MUSSET (R)
Biologie appliquée à l'éducation	! ROBEY (M)
physique et aux sports	! THOYER-ROZAT (J)
	PLAS (F.) ! Ophtalmologie.. BREGEAT (P)
Carcinologie.....	DENOIX (P) ! SARAUX (H)
	MATHE (G) ! Orthopédie ... JUDET (R)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B) ! RAMADIER (J)
Electro-radiologie..	LEDOUX-LEBARD (G) ! Oto-rhino-laryngologie
Hématologie.....	BILSKI-PASQUIER (G) ! DEBAIN (J)
	DAUSSET (J) ! Parasitologie.. CHABAUD (A)
Histologie.....	COUJARD (R.) ! Pathologie chirurgicale:
	Pr; s; Ch. ! BARCAT (J)
	MAROIS (M) ! BINET (J.P.)
	RACADOT (J) ! CAUCHOIX (J)
Hydrologie.....	CORNET (A) ! CHATELIN (C.L.)

DUBOST (Ch)	!	LAROCHE (Cl)
DUBOST (Cl)	!	LESOBRE (R)
FAUREL (J)	!	MACREZ (C)
FLABEAU (F)	!	NICK (J)
GERMAIN (A)	!	PEQUIGNOT (H)
LOYGUE (J)	!	Pr. s. Ch.
MERCADIER	!	ROYER (P)
PERROTIN (J)	!	WOLFROMM (R)
ROBERT (H)	!	Pédiatrie et puériculture:
THOMERET (G)	!	JOSEPH (R)
Pathologie exotique;;SCHNEIDER (J)	!	MANDE (R)
Pathologie expérimentale	!	MOZZICONACCI (P)
CROSNIER (J)	!	POLONOWSKI (C)
HARTMANN (L)	!	ROSSIER (A)
LOEPER (J)	!	Pharmacologie..BOISSIER (J)
MAURICE (J)	!	LECHAT (P)
RICHET (G)	!	Physiologie...DEJOURS (P)
Pathologie médicale:	!	Physique médicale: GOUGEROT (L)
AUSSANAIRE (M)	!	M. conf Pr.s. Ch.
BOUR (H)	!	KELLERSHOHN
BOUVIER (J)	!	Pneumo-phthisiologie KREIS (B)
BOUVRAIN (Y)	!	Psychiatrie... PICHOT (P)
BRICAIRE (H)	!	Psychiatrie infantile
BRISSAUD (H)	!	DUCHE (D)
BROCARD (H)	!	Rhumatologie..DELBARRE (F)
BUGE (A)	!	Stomatologie.. CERNEA (P)
CASTAIGNE (P)	!	CHAPUT (Mme A)
m. conf.	!	M. Conf. Agr.)
CATINAT (J)	!	GRELLET (M)
CONTAMIN (F)	!	Thérapeutique..CHASSAGNE (P)
COURY (C)	!	LAMOTTE (M)
FREZAL (J)	!	Urologie..... QUENU (L)
HOUSSET (E)	!	

III. PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

Anatomie	DEBEYRE	!	RAMBERT (P)
Clinique chirurgicale:		!	THIEFFRY (S)
	ABOULKER (P)	!	Clinique obstétricale:
	AMELINE (A)	!	GRASSET (J)
	Pr.s; Ch;	!	MAYER (M)
	HUGUIER (J)	!	RAVINA (J)
	OLIVIER (C)	!	Clinique ophtalmologique
	PADOVANI (P)	!	DESVIGNES (P)
	POILLEUX (F)	!	OFFRET (G)
	ROUX (M)	!	Clinique oto-rhino-laryngologique
	VERNE (J.M.)	!	MADURO (R)
Clinique médicale:	DOMART (A)	!	Clinique pédiatrique et puériculture
	PERRAULT (M)	!	LAPLANE (R)
		!	Clinique psychiatrique: BARUK (H)
		!	Clinique urologique KUSS (R)
		!	Médecine légale GAULTIER (M)

HAUDUROY (P) Pr.s;ch.
RUDLER (J) Pr.s.ch.

BOLTANSKY (E)
LAUNAY (C)

[illegible]

IN INTENTIONEM : M A M E E

IN MEMORIAM: Mon grand'Père, le Docteur Marcel
MONJAUZE, Médecin de quartier

Mes grand-parents lozériens.

A MA FEMME:

Avec elle, ma vie a commencé.
Son exemple, son soutien, son courage, ont
permis ce travail.

A NOTRE PETIT THIERRY.

A MES PARENTS:

Faible témoignage de reconnaissance et de
profonde affection.

A MES BEAUX-PARENTS , A MA TANTE:

Avec toute mon affection, et mes remerciements pour
leur aide jamais démentie.

MEIS ET AMICIS .

A mon Maître, Monsieur le Professeur Marcel LELONG
 De l'Académie de Médecine
 Médecin de l'Hôpital Saint-Vincent de Paul
 Professeur de Clinique de Pédiatrie et de puériculture
 Médecin-Chef de l'Assistance à l'Enfance
 Directeur de l'École de Puériculture
 Commandeur de la Légion d'Honneur.

Il m'a accueilli dans son service
 Il m'a fait profiter de son enseignement
 Il a bien voulu accepter la Présidence de cette
 thèse.
 Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance
 et de mon respect.

A mon Patron, Monsieur le Professeur Agrégé Jacques VIALATTE,
 Médecin des Hôpitaux de Paris.

Il m'a inspiré le sujet de cette thèse
 Il l'a dirigée
 Son indulgence et son soutien jamais démentis
 m'ont été d'un précieux réconfort.
 Ceci est l'expression de ma gratitude et de
 ma respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur Pierre SATGE

En remerciement
 Ses travaux préparatoires et son aide bienveillante,
 La connaissance qu'il a de ses petits malades ,
 l'affectueux intérêt qu'il leur porte , ont
 grandement facilité la conduite de ce travail.

A mes Juges.

A MES MAÎTRES EN PÉDIATRIE (EXTERNAT)

MM. Les Professeurs:

DEBRE 'Enfants-Malades 1956',
CATHALA Enfants-Malades 1956-57
TURPIN.....Trousseau 1957
LELONG.....Saint-Vincent de Paul 1957-59

MM. Les Docteurs:

P.L. CHIGOT
P. CHASSAGNE
S. THIEFFRY
L. KREISLER et M. SOULE

A mes autres Maîtres dans les hôpitaux de Paris (externat)

MM.

Le Docteur PIERRE-BOURGEOIS..... Cochin 1953-54
Le Professeur Etienne BERNARD....Laënnec 1954-55
Le Docteur LEREBoullet.....Bicêtre 1955
Le Professeur LANTUEJOUL.....Tarnier 1955-56

et MM. Les Docteurs:

J.L.HERRENSCHMIDT et Jean LACORNE

A Mes Maîtres Angevins, et spécialement les Docteurs:

DELAITRE Stage de Médecine 2^o année
1951-52
FREYSSINAUD.....Externat 1953.

AUX MALADES.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.	I
Ch. I: INTRODUCTION	I
Ch. II: DEFINITIONS	2
Ch. III: HISTORIQUE	3
1°/ Leur historique est lié à celui des méthodes de rééducation	4
2°/ Théories pathogéniques	5
PREMIERE PARTIE: ESSAIS DE CLASSIFICATION	7
Ch. I: Le NOMBRE DES ENCEPHALOPATHES AUGMENTE-T-IL ?	7
Ch. II: STATISTIQUE DE 238 CAS DU SERVICE (1950-59)	8
1°/ Etiologie	10
2°/ Clinique	11
3°/ Résultats	12
Ch. III: CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE	16
1°/ Les E.I. d'origine pré-natale	16
2°/ Les E.I. d'origine péri-natale	24
3°/ Les E.I. d'origine post-natale	30
4°/ E.I. inclassables du point de vue étiologie	33
5°/ Conclusions amères sur cette classification	34
Ch. IV: AUTRES ESSAIS DE CLASSIFICATION	34
1°/ Selon le niveau mental	35
2°/ Les troubles caractériels	36
3°/ Suivant le type du trouble moteur	37
4°/ Les convulsions	38
5°/ Anatomie-pathologique	40
Ch. V: CLASSIFICATION SELON LA REEDUCABILITE	42
1°/ Les Infirmes Moteurs cérébraux	42
2°/ Les Insuffisants Cérébraux graves	42
DEUXIEME PARTIE: TRAITEMENTS	45
Ch. I: DIVERS PROBLEMES	45
1° Le problème du débile	45
2° Le problème de la famille	46
3° Le Médecin	47
Ch. II: TRAITEMENTS	48
1°/ La prévention	49
2°/ Les thérapeutiques curatives	51
3°/ Divers traitements de rééducation	54
TROISIEME PARTIE : PLACEMENTS ET UTILISATION	58
Ch. I: LEGISLATION	58
Ch. II: PLACEMENT DES DEBILES LEGERES	59
Ch. III: CE QUI EXISTE ACTUELLEMENT POUR LES I.C.G	60
1°/ L'enfant dans sa famille	61
2°/ Le placement familial	61
3°/ L'adoption	61
4°/ Les Instituts Médico-Pédagogiques	62
5°/ L'asile	66
6°/ L'Hôpital	66

Ch. IV : QUE PEUT-ON ESPERER ?	70
Ch. V: VISITE AU CLOS DU NID	72
1°/ Le Clos du Nid	72
2°/ Visite de l'établissement	82
3°/ Le retentissement lozérien	85
Ch. VI: DANS LES AUTRES PAYS :	93
Ch. VII: DISCUSSION SUR L'EUGENIQUE	96
1°/ La grossesse de l'arriérée	96
2°/ Que faire ?	99
3°/ Possibilités réelles de l'eugénique	101
CONCLUSIONS	104
BIBLIOGRAPHIE	106

"I that am curtail'd of this fair proportion,
Cheated of feature by disembling nature,
Deform'd, unfinish'd ; sent before my time
Into this brething world scarce half made up;
And s^u that lamely and undfashinable
That dogs bark at me as I halt by them " (I)

SHAKESPEARE

(Richard III, Acte I , Scène I)

AVANT PROPOS

Ch. I : INTRODUCTION:

Ce travail est issu du rapprochement de deux constatations:

=il semble y avoir de plus en plus d'encéphalopathes;

=ils restent toujours extrêmement difficiles à traiter et à placer.

Nous nous sommes proposés de rechercher s'il existe vraiment davantage de débiles aujourd'hui, et en ce cas, pourquoi? Nous avons tenté d'établir la vérité de ce postulat et, colligeant diverses statistiques, étudiant nous-mêmes 250 cas passés par l'Hôpital Saint Vincent de Paul depuis 10 ans (de 1950 à 1959), de reconnaître à quelles causes, ou mieux, à quel pourcentage de causes (pré, péri, post natales) est dû le déferlement de cette "marée montante", selon l'expression du Professeur LELONG.

Nous exposons d'autre part ce que l'on peut faire pour les arriérés, pour atténuer l'amertume de leur sort, tant sur le plan de la prévention que sur celui des thérapeutiques.

Nous avons cherché surtout quelles méthodes de rééducation, quels placements sont réalisés, sont réalisables, et dans quelle mesure on peut espérer résorber cette pléthore d'enfants dits irrécupérables.

Note (I) : "Richard III , Roi d'Angleterre naquit par le siège. Boiteux, bossu, décharné, il était hideux à voir ...(avec) son bras desséché, qu'il avait ainsi depuis son enfance. Paralyse spinale sans doute... né avant terme ." (Dr. CABANES, les anomalies obstétricales de l'histoire , in "le Cabinet Secret de l'Histoire , deuxième série)

Ch. II : DEFINITIONS:

La nosologie française donne un sens restreint au terme d'encéphalopathie infantile (E.I.). Ethymologiquement, il devrait comprendre toutes les maladies cérébrales de l'enfant (BRISAUD). Mais on est convenu de réserver ce nom à des états chroniques ou très lentement évolutifs, conséquence de lésions ayant atteint le cerveau pendant la vie intra-utérine, ou à la naissance, ou dans les toutes premières années (HEUYER, MICHAUX).

Ces affections présentent un double versant : neurologique, où dominent les troubles moteurs (Cerebral Palsies of Infancy des auteurs anglo-saxons); psychiatrique, comportant les arriérations mentales ou oligophrénies.

En dépit des aspects protéiformes que peuvent revêtir les E.I., une certaine unité y demeure, du fait de la corrélation psycho-motrice (loi du parallélisme du développement psycho-moteur): les deux ordres de troubles psychiques et moteurs sont habituellement intriqués; les syndrômes électifs n'apparaissent que plus tard, au delà de trois ans, selon les lois de l'âge et de massivité de CLERAMBAULT.

Les méthodes des tests, la notion d'âge mental (A.M.) de quotient intellectuel (Q.I.) ont permis d'apprécier le niveau de ces arriérés.

CLASSIQUEMENT

ZONES	A.M.	Q.I.
Idiots	Inférieur ou égal 3 ans	Inférieur à 25
Imbéciles	Inférieur ou égal 7 ans	Inférieur à 50
Débiles		
-profonds	8 - 9 ans	50 - 60
-légers	Inférieur à 10 ans	50 - 70

Entre les deux dernières catégories passe classiquement la limite des irrécupérables.

Mais l'association fréquente de troubles moteurs -d'une comitativité - de troubles caractériels- dénie à cette classification toute valeur absolue.

D'une façon plus globale et pragmatique, parmi ces anormaux inadaptables à leur milieu (les critères d'adaptation sociale étant la non-nocivité et la possibilité de subvenir à ses besoins) il faut opposer, avec LELONG:

- les enfants physiquement handicapés, ou Infirmes cérébro-moteurs , infirmes moteurs cérébraux (I.M.C.) porteurs avant tout d'une infirmité motrice éducable, parce que l'insuffisance psychique associée n'est pas trop profonde;
 - les infirmes, ou insuffisants cérébraux graves(I.C.G.) qui, avec ou sans troubles de la motilité, avec ou sans troubles caractériels ou comitiaux sont avant tout des "idiots"(I)
- C'est de ces derniers surtout, caractérisés par une déficience mentale profonde , que nous nous occuperons dans ce travail(2)

Note 1:Le terme insuffisant est probablement préférable à infirme, qui implique une idée de chronicité désespérante, ce qui , - nous cherchons à le démontrer - n'est pas absolument exact

Note 2: On pourrait un peu arbitrairement discerner également des I.C. légers à Q.I. inférieur à 0,50 dont le pronostic est moins mauvais.

Mais, toutes choses égales, plus que le Q.I. seul, c'est l'association de divers troubles qui règle le pronostic.

Ch. III HISTORIQUE:

Le problème des encéphalopathies est de tous temps. Mais, considérés dans la Bible comme la marque du Péché, livrés à la mort par les civilisations antiques, -pratique encore en honneur au XVIII^e siècle chez nombre de peuples - , s'ils avaient inspiré les héros polydactyles des vieilles mythologies , fourni le Moyen Age en bouffons de cour, et tenté les crayons de Jérôme Bosch, Michel-Ange, Jacques Callot et Poussin, on en trouve peu mention dans les littératures (Shakespeare, Rabelais, Hugo, Wilde); encore moins dans la littérature médicale. Il fallut attendre le 19^e siècle, pour qu'on se préoccupe vraiment de leur sort.

I/ LEUR HISTORIQUE EST INSEPARABLE DE CELLE DES METHODES DE RE EDUCATION.

A/ EN FRANCE

Après PEREIRE (1715 -1780) qui tenta d'instruire les sourds-muets , IZARD par son "Traité de l'éducation d'un Homme Sauvage" (1801) ouvre les travaux sur la clinique de l'arriération. Thèse de BELHOMME (1824): "Essai sur l'idiotie "; écoles pour anormaux de FERRUS à Bicêtre (1828) , de FALRET à la Salpêtrière (1831); Institut orthophonique de VOISIN (1834).

SEGUIN (1880) donne une "hiérarchie" devenue classique entre idiot , imbécile, et arriéré, et énonce ("Théorie et pratique de l'éducation des enfants arriérés et idiots (1842) "Traitement moral des idiots et arriérés"(1846) ses théories d'éducation spécialisée: exercices de motilité et stabilité , éducation des sens et de la mémoire, rôle des jouets..... Il collabore avec ESQUIROL qui différencie "démence " détérioration psychique brutale ou progressive chez un sujet jusque là normal" et oligophrénie. Il inspire BOURNEVILLE qui crée dans son service d'arriérés à Bicêtre, toute une série d'appareils destinés à la ré-éducation motrice , et expérimente en vain la neuro-chirurgie pour le traitement des déficiences mentales.

Au début du siècle, le psychologue BINET et le psychiatre SIMON décrivent des "Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux" (1905) , imaginent des tests simples expérimentés parmi les arriérés de Perray- Vacluse, et surtout découvrent la notion d'âge mental qui, assurant le succès de la méthode des tests, permet particulièrement de préciser la classification de SEGUIN.

Cependant que DUPRE avance le terme de débilité mentale, et, avec MERKLEN (1913) décrit le syndrome de débilité motrice si souvent associé, en France encore, REGIS édite (1912) le journal "L'Enfance anormale" et dénonce l'importance sociale du problème. En 1912 est créée la première consultation de psychiatrie infantile; plus tard, la première Chaire de Psychiatrie infantile.

B/ A L'ETRANGER:

PESTALOZZI , puis FROEBEL en Allemagne, fondant son kindergarten (1837) introduisent les activités motrices et sensorielles dans l'enseignement.

MARIA MONTESSORI en Italie, codifie les méthodes d'éducation.

DECROLY en Belgique publie "Classification des arriérés ".(1909) "Traitement et éducation des enfants arriérés" (1925)

C'est FREUD en 1897 qui invente le terme de paralysie cérébrale infantile (Die Infantile Cerebrallahmung). Avec ses élèves, introduisant le conflit dans le monde de l'enfant il isole des pseudo-arriérations par carence affective. On a insisté sur le rôle de l'hospitalisme, des troubles caractériels.

En Angleterre se développent des centres de Child Guidance.

Aux U.S.A. il faut citer les villages d'enfants de DEWEY; le succès des méthodes de tests (le Q.I.) et les travaux de l'école de GESELL.

C/ ACTUELLEMENT:

avec le développement des thérapeutiques médicales psychologiques, de la neuro-chirurgie, de la ré-éducation, le domaine des débiles s'est accru sur de nombreux plans. Plus que jamais, leur étude demande un travail en équipe où doivent collaborer Pédiatres et Psychiatres, Ré-éducateurs et Service Social, tendant tous leurs efforts vers l'adaptation de l'enfant à une vie sociale aussi normale que possible, par le biais surtout d'une éducation spécialisée, sensorielle et motrice.

I / THEORIES PATHOGENIQUES:

A/ JADIS:

"L'imbécillité est causée par le refroidissement du cerveau et l'excès de la pituite" (GALIEN). PARE évoquait, à la base de certaines arriérations: "l'imagination, l'angustie ou petitesse de la matrice; l'assiette indécente de la mère comme, étant grosse, s'est tenue trop longuement assise les cuisses croisées ou serrées contre le ventre; par chute ou coup donné contre le ventre de la mère étant grosse d'enfant; par maladies héréditaires ou accidentelles".....et plus loin, au chapitre XIII du livre des Monstres: "Si le Père et la Mère sont fols, le plus souvent, les enfans ne sont guères sages; pareillement, les épileptiques engendrent des enfans qui sont sujets à l'épilepsie".

Plus tard, la théorie de la dégénérescence mentale devait dominer le XIX^e siècle, (avec, pour corollaire, un certain scepticisme thérapeutique). Mais, si l'on prêtait un rôle excessif à l'hérédité, dès 1830, CRUVEILHIER avait établi un rapport entre accouchement asphyxique et encéphalopathie, et LITTLE (1843 - 1853) rapporte les séquelles lointaines des accidents de la naissance, voyant dans l'hémorragie par traumatisme ou asphyxie la cause des troubles. Cette origine obstétricale est ensuite discutée par Pierre MARIE et BRISSAUD, et au contraire mise au premier plan par FREUD qui fit peut-être mésestimer le rôle certain de l'hérédité.

Succéda l'âge d'or de l'hérédo-syphilis.

B/ ACTUELLEMENT :

depuis 1920-1930 ; on insiste à nouveau sur les séquelles des traumatismes obstétricaux ; traumatisme direct, mais surtout anoxie néo-natale, favorisés par la prématuration. Et d'autre part, on a décrit l'ictère nucléaire par incompatibilité foeto-maternelle. Pour certains (HEUYER), la fréquence des causes péri-natales augmenterait depuis quelques années.

Cependant, de nombreuses E.I. sont d'origine prénatale. Les progrès de la génétique, l'étude des fratries, des familles, des jumeaux ont permis d'assigner avec certitude à certaines E.I. des causes génétiques, héréditaires, familiales. La rubéole, les rayons X ; la toxoplasmose, sont venus s'insérer dans le cadre des embryos et des foetopathies.

Enfin, plus rarement, l'E.I. se développe après un temps de latence, consécutive à un traumatisme, une encéphalite, une méningite traitée et guérie. Il semble que ce cadre ne fournisse qu'une faible proportion de malades (dans la statistique de ASHER et SHONELL, 349 E.I. congénitales pour 51 acquises). Mais peut-être est-il en train de prendre de l'ampleur

En fait ; nous le verrons plus loin, diverses causes peuvent s'intriquer dans l'étiologie d'une E.I., des facteurs prénataux particulièrement pouvant fragiliser le sujet à des agressions ultérieures (sans qu'il soit possible cependant d'affirmer qu'il existe une fragilité congénitale de l'encéphale).

Entre behavioristes : - le milieu joue le plus grand rôle -, et matérialistes : - l'enfant, en potentiel est tout - une attitude moyenne est celle de GESELL, MAC GRAW, André THOMAS, pour qui l'enfant naît avec un potentiel héréditaire, modifié par la gestation et l'accouchement, puis se myélinise (dès le 8^e mois intra-utérin) et devient un système nerveux, puis un cerveau.

C'est l'évolution incomplète ou régressive de cette intégration qui caractérisera les encéphalopathies

PREMIERE PARTIE

Ch. I/ LE NOMBRE DES ENCEPHALOPATHIES AUGMENTE-T-IL ?

A/ EN FRANCE:

En 1951 on comptait 350.000 débiles intellectuels d'âge scolaire (HEUYER).

Une statistique de 1956 en admettait 400.000 de 4 à 18 ans, soit 4, 3% de la population scolaire (9.300.000 enfants), soit déjà une augmentation notable. Sur ce nombre de 400.000 résultant d'évaluations faites par recoupement mais assez parallèles à celles relevées dans d'autres pays - (l'Angleterre en 1953 comptait dans les mêmes conditions environ 30.000 débiles profonds) - il y aurait eu:

-120.000 débiles moyens

-25.000 débiles profonds "inéducables" dont 10.000 âgés de plus de 14 ans, ce qui en laisserait 15.000 entre 4 et 14 ans; soit une moyenne de 1.500 par année d'âge.

En 1960, les évaluations généralement admises (LELONG) portaient à 25.000 le nombre des infirmes cérébraux graves de moins de 15 ans; environ 1.660 par année d'âge, donc, en augmentation nette depuis 1956

Dans le Service du Professeur LELONG, à l'Hôpital Saint-Vincent de Paul, entre 1950 et 1956, on ouvrait en moyenne 40 à 50 dossiers d'E.I. par an. Depuis 1957, 90 cas nouveaux ont été découverts chaque année, chiffres encore plus brutaux que pour l'ensemble du pays.

Pour la Région Parisienne, le nombre d'E.I. apparaissant chaque année s'établit entre 180 et 200 (90 pour le dépôt de Saint-Vincent de Paul, une cinquantaine pour l'ensemble des autres hôpitaux, une cinquantaine que les familles ne montrent pas). Corroborant ces faits, HEUYER, dès 1952, signalait la plus forte proportion d'E.I. passant par son service.

Dans le reste du pays, d'après une statistique du C.I.E. dans cinq départements, la proportion d'infirmes moteurs cérébraux nés (par tranches de cinq ans) aurait passé de 60 - 65 pour les périodes antérieures à 1945 à 100 pour les périodes 1945 - 49 et 1949 - 54. A Marseille, la fréquence de la débilité congénitale augmente d'année en année (GIRAUD). La même opinion se reflète dans les travaux de l'équipe lyonnaise.

B/ A L'ETRANGER:

traduisant cette inquiétante progression, les oeuvres pour E.I. se développent. Aux U.S.A. on étudie de plus en plus les E.I., on décrit de nouvelles maladies (maple

syrup disease). Les centres de guidance britanniques s'intensifient. Les Anglo-Saxons se sont d'ailleurs attachés davantage aux infirmes moteurs cérébraux. De même les Scandinaves qui, sur ce plan présentent une avance considérable sur notre pays (Dans les Pays sous-développés, il semble surtout que les névroses prennent une ampleur considérable)

C/ "TOUS LES PEDIATRES s'accordent pour reconnaître l'augmentation de fréquence des E.I." (LELONG) ces dernières années. Reste à en établir le pourquoi.

Pour le chiffre global, une raison évidente vient à l'esprit: avec les acquisitions de la thérapeutique, ces enfants meurent moins. Classiquement plus sensibles aux infections que les normaux, leur taux de mortalité s'est en effet abaissé avec l'antibiothérapie et les progrès de la diététique. Aussi, ont-ils maintenant presque les mêmes chances de vivre que les normaux, si on les place dans des conditions acceptables (la comparaison a été faite entre E.I. et un groupe témoin hospitalisé à Saint Vincent de Paul entre Juillet 1957 et Juillet 1959... encore les Foyers ne réalisent-ils pas -hélas- les conditions optima!) Cependant, en contre-partie, le risque s'accroît considérablement au cours d'une hospitalisation prolongée.

Mais ceci n'est qu'un aspect du problème; la non résorption, pourrait-on dire. Nous avons recherché dans la littérature et parmi les malades de Saint-Vincent de Paul s'il existait également un excès de production, une augmentation, dans la genèse des E.I. C'est à quoi veut répondre notre essai de classification étiologique.

Chapitre II : STATISTIQUE (Etiologie, clinique, de 238 cas d'E.I. passés dans le service de 1950 à 1959)

Ce nombre, comparativement peu élevé comparativement à la richesse numérique de notre recrutement - le Dépôt de l'Hôpital Saint-Vincent de Paul - s'explique par ce recrutement même... car nombreux sont les dossiers que nous n'avons pu retenir devant l'insuffisance des renseignements concernant les antécédents, ceci particulièrement pendant la période pré-natale. Trop souvent de plus, les examens complémentaires n'avaient pu être poussés très loin (pour cette même raison, nous n'avons pas pu faire état de nombreux enfants passés à la Consultation; souvent non revenus et chez qui l'enquête est trop fréquemment demeurée incomplète). Ceci interdisait d'ébaucher une interprétation

Nous n'avons conservé que les dossiers comportant les éléments anamnestiques, cliniques, para-cliniques suffisant pour établir une classification non pas tant nosologique qu'étiologique, puisque notre but est de reconnaître la proportion des différents facteurs responsables des E.I.

Nous avons résumé nos constatations en deux tableaux dont nous donnons des extraits (tableaux I et 2 : ETIOLOGIE CLINIQUE) qui pourraient peut-être servir de protocole d'examen d'encéphalopathes.

TABEAU I : EXTRAITS DU TABLEAU ETIOLOGIQUE:

Le signe X exprime une anomalie; le signe (?) une origine indéterminée

	10. ANG.	41. PER.	47. JAC.	96. BOU.	102. GUE.
	Jacq.	Gen.	Rob.	Ch.	J.M.
CAUSES PRE NATALES					
Génopathies		idiots et ethyl dans famille	parents germaines		
Embryopathies		X rubéole		toxopl. grippe	grippe
=infections					
=divers					
Fœtopathies					
=infections					grippe
=divers					menace AccT prémat
CAUSES PERI NATALES					
AVANT					
=prématurité				8mois 2kg 500	
=travail					Post-mature AccT prov. Ocytociques
PENDANT					
=traumatisme					
=anoxie					cyanose
APRES					
=anoxie					cyanose
=hémolyse					
CAUSES POST NATALES					
Traumatisme					
Encéphalite					
Méningite	X (?)				
	13 mois				
S. Neur- toxique					
Divers					

I/ ETIOLOGIE : (voir le I^o tableau)

A/ CAUSES PRE NATALES:

I^o Génopathies:

- faits pouvant évoquer une origine génétique, héréditaire, familiale.
- état des procréateurs, ascendants, collatéraux.
- particulièrement chez eux: débilité, comitialité, troubles psychiques, éthylisme, syphilis, dysendocrinies malformations.
- Nous avons porté dans cette colonne le diagnostic lorsqu'il s'agissait d'une génopathie certaine (maladie de Tay-Sachs, de Bourneville, etc.. et, sous le titre de groupe d'attente, des affections encore étiologiquement mal définies: mongolisme, syndrome de Laurence-Moon - Biedl, typus amstel-lodamensis, voire même l'ictère nucléaire; nous expliquerons plus loin pourquoi.

2^o Embryopathies:

- infections: rubéole, maladies infectieuses
- divers: rayons X, radiumthérapie, carences alimentaires ou hormonales; troubles psychiques à cette date; traumatisme tentative d'avortement, intervention chirurgicale, hémorragies, vomissements incoercibles.

3^o Foetopathies:

- les infections: essentiellement toxoplasmose et syphilis, mais aussi toute infection intercurrente.
- divers: nous avons reporté tous les autres éléments ayant pu intervenir à ce stade, en particulier la toxémie gravidique.

Comme nous l'avons dit, la difficulté d'avoir des renseignements pré-nataux fait que, souvent, ces cases sont restées vides.

B/ CAUSES PERI-NATALES:

I^o Avant l'accouchement:

- La prématurité (considérée d'ailleurs comme facteur favorisant) avec, si possible sa date, et surtout, le poids de naissance
- Les circonstances du travail: post-maturité, sa date. Travail provoqué ocytocyques, anesthésie. Travail long, difficile, expulsif.

- La présentation: siège, face, épaule, gémellaire. Les manoeuvres: forceps, césarienne, versions. Les eaux perdues précocément, les modifications des bruits du coeur, les césariennes, les circulaires.
- 2° Pendant l'accouchement:
 - le traumatisme
 - l'anoxie: cri non immédiat, cyanose, mort apparente
- 3° Après l'accouchement:
 - l'anoxie: cyanose, réanimation; si possible son mode, sa durée; convulsions, hémorragie méningée vérifiée
 - l'hémolyse: ictère nucléaire par incompatibilité Rh ou A B O

C/ CAUSES POST NATALES

avec si possible, leur date de survenue
traumatisme, encéphalite, méningite, divers, syndrome neuro-toxique.

II/ CLINIQUE: (voir le 2° tableau)

A/ ETUDE DU SOMA

- 1° Motricité:
 - paralysies; s'il y a lieu, leur type, leur siège
 - tonus, avec le siège de l'anomalie
 - mouvements anormaux: choréo-athétose, tremblements, syncinésies, clonies, ataxie.
- 2° Organes des sens
 - anomalies de la vue, de l'ouïe, cécité surdité amaurose etc...
- 3° Comitialité:
 - généralisée, localisée, Bravais Jacksonienne état de mal
- 4° Examens complémentaires:
 - E.E.G. : comitialité, son type. Altération souffrance diffuse ou localisée
 - encéphalographie gazeuse: atrophie corticale dilatation ventriculaire, hydrocéphalie anomalies....
 - examens divers: ils sont détaillés s'il y a lieu: BW, tests de recherche de toxoplasmose. Dosages sanguins, urinaires endocriniens, F.O. radios du crâne (malformations, calcifications)

5° Divers:

- toutes anomalies.
- malformations craniennes: micro céphalie, oxycéphalie, hydrocéphalie
- malformations oculaires: microphthalmie, strabisme, nystagmus.
- malformations des membres, des doigts, syndactylies
- obésité, naevi, etc...

B/ ETUDE DU COMPORTEMENT:

Marche seul, mange seul, contrôle des sphincters
Ces colonnes n'ont évidemment pas été remplies
chez l'enfant trop jeune.

C/ ETUDE DE LA PSYCHE:

1° Niveau:

- certain lorsque l'enfant a été testé, avec indications des tests (Binet Simon; Borell Maissonny, Gesell)
- évalué d'après ses performances dans le cas contraire.
- l'âge mental, le Q.I., la catégorie (débile, idiot, imbecile) n'ont été indiqués que chez les sujets assez âgés.
(dans l'angle droit, on a rappelé l'âge réel)

2° Caractère:

- hospitalisme, désarroi, indifférence, agressivité etc...

NB: Nous nous sommes aussi inquiété des conditions de placement, du milieu familial: taré ou non, situation sociale et conjugale des parents, de leur logement, de leurs moyens financiers, du mode d'admission à l'A.P. (exeat, dépôt, abandon) des placements réalisés ou envisagés.
Force nous est d'avouer que l'enquête a été le plus souvent ici décevante, quand elle n'était pas absolument sans réponse.
Nous en reparlerons dans la troisième partie.

III/ RESULTATS:

A/ LA LECTURE DES DEUX TABLEAUX AMENE A L'ETIOLOGIE:

1° Causes pré-natales:

- généopathies certaines et "groupe d'attente"
- embryopathies et foetopathies
- E.I. d'origine nécessairement

TABEAU II : EXTRAITS DU TABLEAU CLINIQUE .

ETUDE DU SOMA	N° 10 - 18 mois	N°41-22mois	N°96-14mois
Motricité			
-paralysies	faciale G.		quadruplégie
-tonus		diminué	
-Mvmts Anx			
Organes des sens	surdité	cécité	cécité
	amaurose		
Comitialité	X		X
Examens			
-E.E.G.			
-encéphalo.	atrophie		atrophie
graphie	cortic. +++		cort. +++
-divers		cataracte	cataracte
		congénitale	chorio-rétinite
Divers		microcéphalie	tests toxopl.++
		microphthalmie	microcéphalie
		épicanthus	microphthalmie
		cardiopathie	
COMPORTEMENT			
Marche			
Mange			
Sphincters			
PSYCHE			
Niveau	5mois (18)	idiotie	retard ++
Caractère	indifférente	aucun	
	crie sans	contact	
	cesse.		

prénatale du fait de l'absence de toute anomalie de l'accouchement, de toute affection post-natale, de la présence de malformations souvent multiples.

2° E.I. D'origine péri-natale

- séquelles du traumatisme ou de l'anoxie de la naissance
- le diagnostic s'appuie sur le faisceau d'arguments péri-nataux, l'absence de malformations, l'absence d'antécédents pré ou post nataux.
- la prématurité n'a été retenue qu'en présence d'une immaturité et en l'absence de tout autre facteur

3° E.I. d'origine post-natale:

Le diagnostic s'appuie sur la conjonction d'une affection post-natale, d'un développement psycho-moteur normal jusqu'à ce moment, de l'absence d'antécédents pathologiques suffisants et de malformations pouvant leur être rapportées.

4° Nous avons conservé un certain nombre d'E.I. inclassables.

Malgré parfois des antécédents ou des anomalies morphologiques, il est impossible d'affirmer leur origine. Au maximum, on peut les étiqueter congénitales.

C'est souligner la difficulté des enquêtes étiologiques dans les E.I.C. KOHLER invoque l'absence ou la fragilité du témoignage des parents, la relativité même, en certains cas, des faits cliniques, voire la personnalité des enquêteurs sans compter encore l'intrication de différents facteurs étiologiques. GIRAUD irait même plus loin, élevant à 8 cas sur 10 la proportion des étiologies inconnues ou incertaines.

B/ NOUS DONNONS ICI QUELQUES OBSERVATIONS CITEES PLUS HAUT

10. ANG. Jacqueline: vue à 18 mois. E.I. d'origine post natale sur encéphalite (de type non déterminé) survenue à 13 mois. Paralyse faciale gauche, surdité, amaurose. Atrophie corticale énorme. Ne marche, ni ne mange seule. Incontinence des sphincters. Niveau 5 mois pour 18 mois. Indifférente et criarde.

4. PER. Geneviève: 22 mois, embryopathie. Rubéole. L'enfant a en outre des collatéraux arriérés. Hypotonique, présentant des malformations de type rubéole: cécité, cataracte congénitale, microphthalmie et microcéphalie, épicanthus, cardiopathie. Ne marche ni ne se nourrit seule. N'est pas propre, idiote, aucun contact.

47. JAC. Robert: 2 jours E.I. d'origine pré-natale génétique Les parents sont cousins germains; l'enfant présentait des malformations multiples.

96. BOU. Chantal; 14 mois 1/2. Foetopathie. Enfant par ailleurs prématurée. Quadriplégie, cécité, comitialité. Atrophie corticale énorme. Stigmates

de toxoplasmose; tests positifs, cataracte et chorio-rétinite, microcéphalie et microphthalmie.

102. GUE. Jean Marc 7 mois: Malgré plusieurs épisodes "grippaux" chez la mère enceinte, l'accouchement semble responsable. Après une menace d'accouchement prématuré, il a fallu le déclencher après un retard de 19 jours, par quinine et 7 unités $\frac{1}{2}$ de post hypophyse. L'enfant n'a pas crié tout de suite, a été cyanosé à la naissance et l'est resté quelques temps. Enfant hypotonique et comitial dont le niveau psycho-moteur est de 1 mois pour 7 mois.

Notre statistique porte sur 238 cas; l'impossibilité de fixer une cause certaine à 13 d'entre eux nous ramène à 225 cas. C'est sur eux, sauf indication contraire, qu'ont été établis les pourcentages.

C/ STATISTIQUE: TABLEAU N° 3 : E.I. CLASSEES SELON LEUR ETIOLOGIE:

		% sur 225 cas
ANTE-NATHOPATHIES:.....	I00.....	44,44%
Génopathies	7	
Groupe d'attente	33	
Embryopathies	32	
Foetopathies	22	
E.I. inclassables	6	
NATHOPATHIES.....	83.....	36,88%
A terme	46	
Prématurés et petits poids	37	
POST-NATHOPATHIES	42.....	18,68%
Trauma cranien	6	
Encéphalite	11	
Séquelle de méningite	14	
Herpès	1	
Syndrome neuro-toxique	3	
Divers	7	
TOTAL.....	225	

Nous étudierons au fur et à mesure le détail de cette statistique mais nous pouvons déjà signaler la majorité des E.I. prénatales et le chiffre relativement faible des E.I. péri-natales; Le fait que souvent, on trouve plusieurs causes possibles à une E.I.; la difficulté d'un diagnostic nosologique; l'association quasi obligatoire des troubles psychiques et moteurs; et, fait moins important mais concordant avec les évaluations habituelles (60% contre 40%) la majorité inexpliquée de garçons encéphalopathes: Ici, 58,7% contre 41,3% de filles.

Par suite de la valeur peut-être contestable des tests utilisés, l'enquête reste grevée d'une certaine subjectivité.

Il est en effet difficile de délimiter avec précision le cadre des génopathies. Nous n'avons retenu que les observations où le caractère familial était certain, ou bien celles où avait pu être porté le diagnostic d'une entité définie par les généticiens: ici, nous nous trompons par défaut. Nous avons classé dans les causes péri-natales les cas où les conditions de l'accouchement étaient notoirement pathologiques, ceux ayant nécessité des manoeuvres obstétricales traumatiques, où l'enfant n'avait pas crié tout de suite, avait dû être réanimé. Or, comment prouver que l'enfant n'était pas déjà anormal avant le début du travail? Ici, nous nous trompons certainement par excès.

Quelles que soient ces réserves, nous croyons notre statistique valable, au moins en première approximation. La pathologie pré-natale joue un plus grand rôle que la pathologie de la naissance.

Chapitre III: CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE:

I / LES E.I. D'ORIGINE PRE-NATALE : 100 cas, soit 44,44% (Voir Tableau 4)

A/ GENOPATHIES:

1° Généralités:

La notion d'affection familiale, héréditaire, génétique est connue depuis longtemps.

L'hérédité mendélienne commande la transmission d'affections dominantes ou récessives . Mais l'hérédité du terrain intervient aussi: particulièrement , l'alcoolisme, et il faut souligner, même en l'absence d'éthylisme chronique , le rôle de l'éthylisme conceptionnel: "l'enfant du Samedi soir " ; "Mon Daron, qui

d'avait n'avoir eu un soir de noc' qu'il était rond .."
(ARISTIDE BRUANT)

n'est pas un mythe. Il donnerait davantage d'arriérations que de troubles moteurs. L'hérédité pourrait aussi doter les descendants d'une constitution psychologique particulière, d'une "fragilisation de l'encéphale" propice à l'explosion des manifestations mentales. Les trois mécanismes, le plus souvent, s'intriquent.

La consanguinité n'a pas d'action néfaste par elle même, mais elle permet à des tares récessives de se développer: anomalies et décès sont plus fréquents au sein des familles consanguines où il y a accroissement de l'homozygozisme, et, partant, des phénomènes récessifs; les familles caractérisées par la présence de plusieurs anormaux sont surtout des familles consanguines où il y a eu addition des tares des deux générateurs.

Il est difficile d'exclure complètement de ce chapitre la syphilis, dont le rôle s'est considérablement réduit; elle agit surtout à la phase utérine.

Pour certains, le paludisme chronique interviendrait...

La descendance des débiles mentaux est lourdement frappée: l'enfant a de 70 à 92% de "chances" d'être débile si ses parents le sont, 40 à 50% si un seul l'est.

L'âge de la mère est encore un facteur à souligner: le pourcentage de mongoliens s'accroît avec lui, étant beaucoup plus élevé au-delà de 40 - 45 ans: âge moyen des mères de mongoliens. Dans l'étiologie de ces cas joue sans doute le petit chromosome V télacentrique surnuméraire (TURPIN) qui ne fait cependant pas négliger les facteurs dus à la péristase.

Le myxoedème congénital rentre-t-il dans cette catégorie? Oui pour certains auteurs (BERNHEIM, BERGER et UZON) qui ont constaté chez les parents des troubles de la fixation de l'I. I3I.

Affections dominantes:

Dans une fratrie, un sujet sur deux est atteint, un de ses parents est malade. Parmi les descendants des sujets sains, il n'y a pas de malades.

Telles sont: -la sclérose tubéreuse de Bourneville
-la brachydactylie
-l'oxycéphalie de certaines cranio-sténoses
-la dysostose cléido cranienne entre autres.

Affections récessives:

Les parents du sujet sont d'apparence normale; certains de ses frères peuvent être malades. Ses enfants seront en règle normale, ou au contraire, tous tarés, si le conjoint l'est aussi. Enfin, le sujet est d'autant plus souvent né de consanguins que la maladie est plus rare. Ces caractères surtout négatifs rendent l'enquête difficile, mais on peut reconnaître:

- l'idiotie amaurotique
- l'idiotie phényl-pyruvique
- le gargoylisme .. etc...

La clinique montre d'ailleurs qu'il peut y avoir variation dans la pénétration du caractère pathologique, cette variation portant sur la fréquence ou l'expression de la tare et pouvant être due à l'action d'autres gènes ou d'influences in utero.

TABLEAU 4 : Détail de la statistique de Saint - Vincent.

7 GENOPATHIES		
Sclérose de Bourneville	I	}
Tay-Sachs	3	
Gargoylisme	I	
Phénylcétonurie	I	
Arriération mentale familiale	I	
33 dans le "GROUPE D'ATTENTE "		
Mongolisme	20	}
Laurence-Moon-Biedl	2	
Cranio sténose avec oxycéphalie	I	
Typus amstellodamensis	3	
Ictère nucléaire avec incompatibilité	7	
32 EMBRYOPATHIES		
Rubéole	I	
Dystrophie du système nerveux	3I	
22 FOETOPATHIES		
Toxoplasmose	I6	
Cytonégalie	I	
Syphilis	2	
Paludisme (Nivaquine)	I	
Toxémie gravidique	I	
Gros placenta	I	
6 INCLASSABLES		
Césarienne pour grosse tête	4	
Hydrocéphalie avec bec de lièvre	I	
Agénésie cérébelleuse	I	
100 ANTE NATHOPATHIES au total.		

2° Détail de notre statistique:

L'enquête familiale étant fréquemment difficile ou inexistante, de bons arguments en faveur d'une génopathie ont été, plus souvent que des anomalies dans la fratrie ou la famille, l'existence de malformations crâniennes (oxycéphalie...) faciales, ou digitales (Syndrome de Laurence - Moon - Biedl), la présence de troubles métaboliques.... Le mongolisme se dénonce de lui-même.

Sur 100 cas d'E.I. de cause prénatale (44,4% de notre statistique) nous avons décelé 40 génopathies certaines ou apparentes, soit 2/5° de ces 100 cas.

a/ Nous avons trouvé un certain nombre de maladies rares où, si le diagnostic n'a pas toujours pu être affirmé, il a été évoqué; particulièrement, l'idiotie amaurotique (3 cas).

N° I27. KAL. Michel: Il s'agissait d'un juif polonais de 3 ans, idiot, aveugle, avec macule rougeâtre au F.O.

N° 35. CHE. Monique: 2 ans $\frac{1}{2}$, idiote, hypertonique, aveugle, avec atrophie optique, dégénérescence maculaire.

Un gargoylisme:

N° I20. MIM. Chantal: 2 ans, dont les parents sont cousins germains, le frère porteur d'une dyslipidoïdose: traits épaissis, hideux, crâne élargi, enfoncement de la base du nez, hypotonie. Retard psycho-moteur I an au Gesell. Tous examens de laboratoire normaux.

Un cas de débilité familiale, parfaite illustration de l'hérédité des débiles.

N° I27. PEL. Emilienne 20 mois: Parents débiles profonds. 5 frères et sœurs: Claudine, 8 ans, retard mental; Bernard 7 ans, bec de lièvre; difficile, méchant, colérique; Nicole, 6 ans, retard mental, difficile; Ginette 4 ans, retard mental, rachitisme; Annie, 3 ans, ne parle pas, comitiale. L'enfant est grabataire; mélange de contracture et d'hypotonie. Idiote, opposante, agitée, criarde.

b/ Nous avons classé "groupe d'attente" un certain nombre d'affections dont le caractère génétique, pour être extrêmement probable n'est pas encore absolument affirmé.

Parmi elles, le mongolisme se taille la part du lion: 20 cas, la moitié des génopathies reconnues.

La majorité des mongoliens vivent chez eux, parce que doux, faciles, sans troubles moteurs. Mais beaucoup sont littéralement idiots, et souvent, l'association d'autres troubles rend difficile leur garde à la maison.

Dans un de ces cas, accompagné de cardiopathie, le père subissait de par son métier une irradiation nocive, confirmée par la formule sanguine.

Deux frères présentaient un syndrome de Laurence-Moon-Biedl: N° IO9 et IIO BOU. Abel et William: 25 mois et 5 mois. Syndactylie, obésité, apathie, arriération, retard psycho-moteur, chez des enfants dont la mère est débile, le père éthylique, 2 frères idiots, 4 normaux.

Typus amstellodamensis (3 observations, dont l'une ajoutait au tableau une hypertrophie musculaire généralisée, se rapprochant du cas décrit par WILLEMIN-CLOG en 1946)

Nous avons mis en exergue ces quelques observations pour illustrer combien multiples peuvent être les causes génétiques, combien divers leurs tableaux cliniques, et pour souligner, de prime abord, le rôle nocif de la consanguinité et des unions de débiles, sur lesquelles nous reviendrons dans la deuxième partie.

Quant aux ictères nucléaires, nous les avons placés ici, puisqu'ils relèvent bien d'une origine génétique (certes, les troubles résultent de l'hémolyse peu après la naissance, celle-ci permise par la montée des anticorps dans les derniers mois). Nous en avons eu 7 cas: 5 dans le système Rh. , 2 dans les groupes A B O

Quelques observations n'ont pas été retenues, faute de pouvoir les classer de façon satisfaisante. Particulièrement 2 myxoedèmes congénitaux, dont l'un plus spécialement étudié, où il s'agirait d'une anomalie métabolique dans la synthèse hormonale.

B/ EMBRYOPATHIES: (malformations précocément acquises: pendant les deux premiers mois, le risque étant maximum de la 5^e à la 9^e semaine, et d'autant plus qu'à cette période, la grossesse est souvent encore méconnue.

1° Généralités:

Dans ce cadre, et dans celui des foetopathies, il est fréquent de retrouver la notion d'atteintes antérieures: avortements, mort-nés qui assombrissent le pronostic des grossesses ultérieures.

a/ la cause la plus fréquemment évoquée,celles dont toutes les futures mères ont peur,c'est, dans le cadre des infections, la rubéole susceptible d'entraîner, selon sa date d'apparition: cataracte, surdité, malformation cardiaque,troubles encéphaliques et dystrophiques. Mais d'autres viroses peuvent sans doute jouer (rougeole peut-être, oreillons certainement, grippe probablement) et d'autres infections (typhoïde, paludisme)

b/ puis on accuse les agents physiques, l'irradiation ou les traitements aux rayons, au radium(radio ou radiumthérapie pelvienne bien plus que la scopie - et nous avons vu déjà le danger de l'irradiation paternelle) sont responsables de malformations oculaires , neurologiques, nanisme microcéphalique .Le risque actinique est maximum au 2° mois .

c/ les intoxications maternelles sont parfois mises en cause. On invoque l'oxyde de carbone, les anesthésiques , les intoxications chroniques (alcoolisme ou toxiconanie) mais sans avoir d'exemples indéniables.

d/ les carences alimentaires, hormonales, vitaminiques semblent pouvoir être retenues ainsi que les vomissements incoercibles. (6, 3% des malformations pour R. MEY)

e/ et les tentatives d'avortement sous toutes ses formes , de même que tout traumatisme externe , accidentel ou opératoire (majoré par l'anesthésie) . C'est rejoindre là le bon sens populaire qui impute souvent l'idiotie d'un enfant au corset trop serré que portait la mère pour cacher sa "faute". Mais cette dernière cause jouerait plutôt au stade foetal, car les diverses malformations envisagées ne peuvent être suscitées que pendant l'embryogénèse (2 à 3 premiers mois au plus)

Les zones embryonnaires "organisatrices" sont sensibles aussi bien aux effets des gènes qu'à l'action d'agents extérieurs, d'où les grandes analogies entre malformations génotypiques et acquises , qui compliquent l'enquête étiologique. D'où également les grandes différences entre ces actions précoces et les actions extérieures tardives qui ne sont plus capables de donner des malformations sticto sensu.

2° Détail de la statistique:

Nous avons placé dans les embryopathies les cas qui nous semblaient ne pouvoir être ni des génopathies ni des traumatismes néo-nataux (32 cas soit 1/3 des E.I. prénatales

a/sans doute, de nombreuses E.I. évoquaient la rubéole mais nous n'en avons eu la confirmation qu'une fois. C'est PER. Geneviève N° 41 22mois, déjà citée.

Pour certains, la rubéole maternelle serait plus rare chez nous que dans les pays Anglo-Saxons.

b/ nous avons 31 dystrophies ou dysraphies du système nerveux. Ces cas sont très fréquents. Il est probable qu'à la base, pour certains, on peut incriminer une rubéole inapparente ; dans quelques cas, des infections grippales ont été relevées, ou bien s'est-il agi de viroses encore méconnues ? Dans un cas de microcéphalie avec cardiopathie cyanogène, le père avait été exposé aux rayons X lors de la conception (formule sanguine à l'appui) Mais était-ce là le seul facteur en cause ? Nous avons là certaines oxycéphalies sans caractère familial, des malformations cérébrales multiples, agénésies diverses, hydro, ou microcéphalies.

c/ assez souvent, nous avons eu des antécédents d'intervention, de troubles endocriniens, de vomissements, mais sans éléments suffisants pour entraîner la conviction.

Dans trois cas avait joué une carence:

-une fois anomalie de la glaire cervicale (?) affirmée par les gynécologues.

-une fois carence hormonale chez une mère infectée

-une fois une carence alimentaire, majorée de troubles psychiques.

Là encore, nous ne les avons pas retenus.

Des facteurs embryopathiques ont peut-être joué plus souvent. Mais nous sommes obligés d'avouer ne pouvoir les reconnaître, car ils sont difficiles à distinguer des facteurs génétiques et parce que la rubéole passe souvent inaperçue.

C/ FOETOPATHIES:

I° Généralités:

à ce stade, après la fin de l'embryogénèse, un agent extérieur ne peut plus provoquer de "malformations", mais des maladies viscérales ou des "déformations "

a: les infections:

la syphilis frappe ici par passage trans-placentaire du tréponème. Elle cause des désordres viscéraux et cutanés la toxoplasmose, affection inapparente de la mère, provoque de grosses lésions encéphaliques et oculaires. les inclusions cytomégaliqes.

b/ d'autres facteurs peuvent jouer, notamment certaines compressions utérines; certaines malpositions foetales sont responsables de difformités (brochymyomies, torticollis, pied bots)

c/ et l'on accuse encore la toxémie gravidique (I). Il est probable que traumatismes et agressions divers peuvent jouer un rôle.

Note (I) :de même, pour les auteurs soviétiques, l'anémie maternelle , les troubles du métabolisme de l'hémoglobine pouvant expliquer les hémorragies intra craniennes et les états asphyxiques , particulièrement lorsque le taux de saturation en oxygène du sang artériel maternel descend de 96 à 66% .

2° Détail de la statistique: 22 foetopathies; 1/5° des anténatopathies.

a/ 16 toxoplasmoses:

-on a déjà cité le N° 96

-N° 74 : VAL. Alain, 3 mois, est un meilleur exemple encore. Antécédents, R.A.S. à part un bec de lièvre maternel. Diagnostic affirmé sur:

=troubles encéphaliques, retard psycho-moteur, crises convulsives avec E.E.G. altéré , calcifications intra craniennes.

=anomalies oculaires: microphthalmie, cataracte gauche, chorio-rétinite atrophique.

=tests de toxoplasmose:dye test positif chez l'enfant et la mère; déviation du complément positive dans le L.C.R.

b/ 1 cas d'inclusions cytomégaliqes

c/ 2 syphilis congénitales:(note I)

Exemple N° 100 MOU. Dominique (garçon):la mère était traitée mais B.W. positif. L'enfant ; à deux mois, avait des réactions positives. Hypotonie, puis hypertonie, strabisme, hématome sous-dural, comitialité. Retard psycho-moteur au Gesell: 3 mois pour 6 mois.

d/ I enfant de mère paludéenne chronique; traitée abondamment à la nivaquine. Les deux éléments ont pu se conjuguer dans l'étiologie.

e/ I toxémie gravidique, avec troubles endocriniens:

BLA. Claude (garçon) 3 ans 2 mois: premier enfant d'une mère hyperthyroïdienne ayant présenté en fin de grossesse une toxémie gravidique. Accouchement R.A.S. à part un forceps C'est un débile profond, comitial, sans troubles moteurs.

f/ I gros placenta:

Note (I):Proportion faible de syphilis congénitale, mais concordant avec les statistiques généralement admises. Il est à craindre, avec l'actuelle flambée inexpliquée de syphilis, que le pourcentage ne s'accroisse dans les années à venir.

D/ E.I. D'ORIGINE PRE NATALE INDETERMINEE (6 cas)

Ici, nous avons relevé les associations pathologiques les plus diverses, de valeur subjective peut-être, que nous aurions volontiers baptisées "Typus X" , inclassables monstruosités.

Nous concluerons ce chapitre par la parole géniale de BILLARD /

"Le nouveau-né est déjà vieux de 9 mois "

II/ LES E.I. D'ORIGINE PERI-NATALE: 83 cas , soit 36, 88%

TABLEAU 5 : Détail de la statistique de Saint-Vincent
PREMATURES

ou enfants à terme de petit poids..... 37

-immatures 4

-petits poids 10

-prématurés 23

ENFANTS A TERME..... 46

A/ ANALYSE:

1°/ Les causes péri-natales :
sont représentées chez nous par l'anoxie, avec ou sans hémorragie méningée; 23 seulement étaient prématurés.

Suivant notre Maître LELONG, nous n'avons retenu la prématurité, ou plutôt l'immaturité comme cause essentielle que 4 fois... Par contre, la prématurité est souvent une cause favorisante, liée déjà à divers facteurs pré-nataux; l'enfant sera plus fragile, et d'autant plus qu'il sera de plus petit poids, pour affronter le redoutable traumatisme que représente l'accouchement le plus normal.

De nombreuses affections maternelles, sans être la cause directe de l'E.I. contribueront encore à rendre ce dernier plus délicat, en majorant les risques d'anoxie: hypertension et ses variations, asthme et affections pulmonaires, interventions, toxémie gravidique.

2°/ Voici d'autre part, comparé à la statistique d'ANDERSON le pourcentage des cas où un facteur "obstétrical" a été retenu, parmi toutes nos E.I. (et non point seulement parmi celles d'origine péri-natale)

VOIR LE TABLEAU 6

Nous n'avons pas retrouvé tous les facteurs notés par ANDERSON du fait de la pauvreté relative de nos renseignements néo-nataux. Nous avons relevé plus fréquemment des facteurs anoxiques que des facteurs liés à l'hémorragie.

Ainsi au cours du travail:

La primiparité qui majore les risques au cours de ce passage d'un organisme fragile dans une filière étroite et peu malléable, surtout chez la femme âgée (pour d'AVIGNON, 64% des spastiques seraient des premiers-nés).

Le décollement prématuré du placenta, la placenta praevia, les circulaires.

La post-maturité a été retrouvée, isolée, dans 0,6% des Infirmités Motrices Cérébrales par TARDIEU.

Plus fréquent, plus dangereux, est l'accouchement provoqué ou dirigé dont on sait qu'il signifie souvent emploi abusif de post hypophyse risquant d'entraîner des contractures sub-intrantes (cyanose, apnée, hémorragie méningée) et de morphine, dépressur du centre respiratoire. L'anesthésie générale, abaissant la tension maternelle contribue à perturber l'irrigation cérébrale du fœtus (Cet accouchement provoqué serait particulièrement dangereux pour le post-mature.)

TABLEAU 6: POURCENTAGE DES CAS OU UN FACTEUR OBSTETRICAL
A ETE RETROUVE CHEZ LES E.I.

	Statistique d' ANDERSON rap- portée par GROSSIORD.	Statistique personnelle
I/FACTEURS JOUANT AVANT L'ACCOUCHE- MENT:		
-traumatismes	5	4
-maladies	6	9 à 12
-vomissements	23	2
-hypertension	14	1
-anémie	12	0
-métrorragies	12	2
-toxémie gravidique	5 à 10	4
-diabète maternel	0,8	
II/ FACTEURS JOUANT A LA NAISSANCE		
-primiparité	57	36
-décollement prématuré du placenta	4 à 15	
-placenta praevia	3	
-forceps	24	8
-accouchement par le siège	4 à 9	8
-versions	18	1
-césariennes	3 à 8	3
-délivrance trop rapide	5	3
-extraits post-hypophysaires	13	2
-ictère nucléaire et incompa- tibilité	12	3 à 4
-réanimation par oxygène	30	19
-cyanose à la naissance	30 à 70	21
-convulsions	10 à 30	2
-jumeaux	5	3
III/ NOUS AVONS EN OUTRE RELEVE		
-hémorragie méningée(vérifié)		12
-anesthésie générale		4
-accouchement provoqué		2
-post-maturité		4
-travail anormalement long et difficile		8
-membranes rompues précocément		5
-circulaire		4
-et prématurité		24

Tout travail long, difficile, expose à l'anoxie, mais aussi le travail trop rapide, parce qu'il majore le traumatisme, qu'il risque d'être septique (nous avons eu un cas d'E.I. né dans un taxi), surtout si les eaux ont été perdues depuis deux ou trois jours, a fortiori si l'on a noté des modifications des bruits du coeur.

On accuse certaines présentations : - le siège souvent rencontré - car, outre le traumatisme sur tête dernière, le cordon est à l'air ; les vaisseaux ombilicaux se rétrécissent avant le passage de la tête, le risque anoxique étant d'autant plus grand que celle-ci restera plus longtemps à l'intérieur ; .. les présentations de la face, de l'épaule et la gémellaire.

D'autant que tout ceci nécessite des "manoeuvres" -rarement des versions, mais le forceps; rarement l'historique "forceps acrobatique au détroit supérieur" (mais il existe encore), mais le forceps le mieux appliqué risque d'être traumatisant, et combien plus encore le forceps inexpérimenté, le forceps de complaisance....

La césarienne elle-même n'est pas anodine : asphyxie foetale par inhalation de liquide amniotique; elle est souvent effectuée après une épreuve du travail plus ou moins longue ; l'adaptation au milieu extérieur est alors soudaine et rapide (40% des troubles neuro-psychiques et électriques pour ROSENVASSER)

En fait, les grandes lésions traumatiques patentées sont devenues très rares, et les facteurs ne sont pas toujours facilement retrouvés, tant est grande la propension naturelle des mères à oublier leurs misères obstétricales.

Il est plus aisé peut-être de relever d'autres points : la cyanose de la naissance, le retard du premier cri (encore qu'un cri immédiat ne soit pas garant d'intégrité encéphalique), la réanimation, son mode, sa durée : pour TARDIEU, une réanimation de plus de 10 minutes suffit à provoquer des lésions graves.

L'hémorragie méningée si souvent incriminée, nous ne l'avons retrouvée, vérifiée, que 12 fois sur 100. Dans quelques cas, la somnolence, les convulsions, des troubles de la déglutition dans les premiers jours, la laissaient suspecter. L'anoxie elle-même la favorise, et tous les facteurs traumatisants, et la maladie hémorragique du nouveau-né (l'avitaminose K ne serait responsable que de 1 E.I. sur 100). L'hémorragie est d'autant plus fréquente que le poids de naissance est plus faible (50 à 60% au dessous de 1 kg 500 pour ROSSIER)

B/ DISCUSSION :

I°/ La question des E.I. d'origine péri-natale a toujours été âprement controversée: les critères sont variables, le problème ayant été abordé de deux façons :
-soit en recherchant l'origine obstétricale des E.I. (c'est ce que nous avons fait)

-soit en suivant pendant des années le développement de sujets dont les antécédents néo-nataux ont été soigneusement étudiés (nous ne pouvions le faire)

a/ Par cette seconde méthode , RIBDEY (1932) avait trouvé 80% de séquelles à la suite, il est vrai, de syndrômes cérébraux majeurs des premiers jours. ROBERTS (1939) n'en notait que 25% et CRAIG (1950) seulement 10% après accouchement difficile. 10% également de séquelles (psychiques) chez les prématurés (LELONG 1956). TRELAT (Thèse 1952) décèle 30% de séquelles. TARDIEU , se fondant uniquement sur l'apnée , affirme les pourcentages suivants:

RE-ANIMATION	inférieure à 15 '	supérieure à 15 '
Séquelles mentales	22,8%	25%
Séquelles motrices	11,5%	17%

Madame ROUDINESCO, étudiant les accouchements difficiles (1951) dénote 30% de séquelles sérieuses, mais assure qu'après une ré-animation prolongée et des syndrômes respiratoires majeurs, il y a 75% de suites, dont 60% graves. Les résultats varient donc beaucoup selon les centres de sélection. En moyenne, ils sont de l'ordre de 20 à 30%. Cette méthode souligne l'impossibilité d'établir des relations étroites entre la clinique, les lésions anatomiques, et la physio-pathologie ; et il reste toujours malaisé de faire le diagnostic avec certaines E.I. pré-natales.

b/ Si l'on aborde le problème par l'autre méthode (recherche chez les E.I. d'antécédents obstétricaux) , et que l'on considère les arriérations , les chiffres varient entre 2,7% (YANNET 1950) et 30% , la majorité se situant entre 10 et 20%. Mais les proportions sont bien plus fortes , supérieures à 25 30% . lorsqu'on envisage à la fois les séquelles neurologiques et mentales.

BEINAP relevait 52% de birth injury , et TARDIEU 32,7% de réanimation chez 403 sujets à Q.I. inférieur à 0,70 C'est ce que nous avons fait, et notre pourcentage est de 36,88% (nous avons fait abstraction des incompatibilités foeto-maternelles comme la plupart des auteurs). En tout cas, le "traumatisme obstétrical" est bien plus fréquent dans la genèse de l'idiotie que dans celle de l'imbécillité, où la prédominance de l'hérédité est écrasante.

2°/ En ce qui concerne les Infirmités Moteurs Cérébraux (I.M.C.) , il semblerait que davantage d'I.M.C. que d'arriérations soient d'origine obstétricale : jusqu'à 80% pour les

Scandinaves (35,2% par anoxie , et 37% par ictère nucléaire, pour LAITER (1959). Selon l'enquête du C.I.E. dans 5 départements, au moins 1/3 de cerebral palsies symétriques (dont les 2/3 sont en même temps débiles mentaux) en relèveraient: les chiffres varient entre 21 et 52%. Origine péri-natale également pour l'hémiplégie cérébrale infantile dans 30 à 70% des cas. Pour l'athétose, dans 42 à 55% des cas.

3°/ En résumé, il semble que les chiffres extrêmes soient rares, imputables peut-être au choix des critères et explicables en partie par le plus ou moins grand rôle que certains attribuent à la prématurité. Sur l'ensemble des encéphalopathes, le pourcentage des causes péri-natales se situe entre 30 et 35% (avec un correctif : c'est d'I.M.C. que la naissance est le grand pourvoyeur) . Cette opinion, confirmant nos résultats, représente une attitude moyenne entre celle des neuro-psychiatres qui accusent volontiers la naissance, et les obstétriciens qui rétorquent , non sans justesse "vous voyez uniquement les cas où il y a des séquelles , et ignorez ceux qui n'ont rien malgré un accouchement difficile". Les premiers ne visent pas, d'ailleurs, l'accoucheur expérimenté dont l'intervention autorisée n'a pour but que d'éviter les signes de souffrance foetale qu'il décèle; et nous connaissons beaucoup, d'autre part, de ces accouchements épouvantables dont l'enfant s'est tiré indemne.

Si donc nos résultats contredisent l'opinion généralement admise en France (qui fait traditionnellement de la naissance le grand fauteur d'E.I.) , ils rejoignent malheureusement l'opinion de la plupart des auteurs étrangers. -Malheureusement , parce que c'est au stade péri-natal que la prévention aurait le plus de chances de s'exercer.

C/ POUR CONCLURE :

1° / Les séquelles des accidents néo-nataux d'origine obstétricale comprennent: - des déficits intellectuels moyens ou profonds , -des troubles moteurs, principalement spastiques asymétriques , -des troubles mineurs du comportement psychomoteur, tous syndrômes pouvant s'associer.

2° / Leur physio-pathologie : pour certains , la prématuration serait à isoler, qui jouerait davantage dans les diplégies spasmodiques (Little) ; l'anoxie donnerait plus volontiers des déficits intellectuels et des troubles du comportement que des troubles moteurs , sauf l'athétose; le "traumatisme" classique et rare donnant surtout des syndrômes asymétriques sans doute moins graves. L'apparition de séquelles est à proportion de l'importance de la souffrance foetale et post-natale, de la durée de la ré-animation au premier chef.

NB:Quant à l'hémolyse, par son mécanisme particulier : la coloration des noyaux gris centraux, elle entraîne des syndrônes athétosiques et extra-pyramidaux, avec souvent prédominance facio-linguo-masticatrice.

III/ LES E.I. D'ORIGINE POST-NATALE: 42 cas sur 225 , soit 18,68%

TABEAU 7 : Détail de la statistique de Saint-Vincent

TRAUMATISME		6
ENCEPHALITE		II
-virale	5	
-coquelucheuse	I	
-indéterminée	5	
MENINGITE		I4
-purulente	8	
-tuberculeuse	5	
-indéterminée	I	
HERPES NEO-NATAL		I
SYNDROME NEURO-TOXIQUE		3
DIVERS		7
-ré-an'imation	2	
-indéterminé	5	
		42

A/ DISCUSSION :

Les E.I. post-natales ne forment que 18,68% de notre statistique, taux relativement faible, mais déjà supérieur au relevé pré-cité de ASHER et SCHONELL (1951) : 12,6%. Encore devons-nous préciser . Notre travail se décomposerait ainsi:

TABEAU 8

	Nombre de cas		Pourcentage	
	1950-56	1957-59	1950-56	1957-59
Traumatisme	4	2	2,8	2,4
Encéphalite	7	4	5	4,8
Méningite	4	<u>10</u>	2,8	<u>12</u>
Herpès	I		0,7	
S. neuro-toxique	3		2,1	
Divers	5	2	3,5	2,4
	24 /142	22/83	pourcentages établis sur	
	17%	26,5%	142 cas 83 cas	

Les chiffres sont faibles, et faible le recul, mais un fait est frappant: celui des séquelles de méningite sur lequel nous allons revenir.

6 cas de traumatismes : nous n'avons retenu que ceux assez violents et suivis immédiatement ou à peu de distance d'anomalies brutales ou progressives .Peut-être en avons-nous écarté quelques uns à l'excès: quel nourrisson n'est jamais tombé ? lequel est tombé sans qu'on ait osé l'avouer ?

Rien de plus malaisé à poser que le diagnostic trop facile d'encéphalite. Nous avons la certitude de II cas : 5 d'origine virale (rougeole surtout) , I d'origine coquelucheuse. Ailleurs, nous avons dû nous contenter d'un diagnostic rétrospectif, sans préjuger de la cause exacte. Nous n'avons pas retrouvé d'encéphalite vaccinale. La leuco- encéphalite sub aigüe de Von Bogaert a été évoquée une fois, mais non retenue; de même un cas de maladie de Von Economo, car apparue sur une E.I. congénitale.

Les méningites : nous avons davantage de séquelles de méningite purulente (8) que de tuberculeuse, (5) contrairement à ce que l'on rencontre d'habitude. Nous avons relevé davantage de séquelles ces dernières années, et c'est surtout ce chapitre qui contribue à enfler le nombre des E.I. post-natales : car autrefois, beaucoup de ces méningites étaient mortelles; de nos jours, on guérit, mais on en reste quelquefois idiot: paralysies et séquelles visuelles des méningites tuberculeuses ressortissent au pourcentage de 4% .

I enfant a survécu à une maladie herpétique.

Eu égard au nombre considérable de toxicoses, leurs séquelles ont été rares.

Nous avons relevé deux accidents de réanimation, probablement par embolie corticale au cours d'anesthésie générale pour intervention chirurgicale.(hors statistique, nous avons eu l'occasion de voir deux enfants opérés à un an de cardiopathie congénitale, chez qui le succès thérapeutique laissait en solde, dans un cas une arriération, dans l'autre un déficit moteur.)

Les démences sortaient de notre cadre.

B/ TABLEAUX REALISES:

Là encore il serait impossible d'isoler un tableau univoque. Après les traumatismes, on peut tout voir, de l'hématome sous-dural aux convulsions. Les encéphalopathies des maladies infectieuses, de la vaccine, ont des tableaux

assez voisins; généralement fébriles et stuporeuses, elles surviennent à l'acmé, s'expriment pratiquement toujours par des troubles moteurs et surtout des convulsions.

Histologiquement, sauf la coqueluche, elles réalisent une encéphalite péri-veineuse intéressant surtout la substance blanche. Elles laissent des hémiplésies (rougeole, coqueluche) des paralysies, des convulsions (coqueluche) des troubles psychiques. Le tout d'autant plus grave que l'enfant est plus âgé. Ces encéphalites sont évolutives, peut-être contagieuses et favorisées par l'hérédité névropathique.

La leuco-encéphalite sub-aigüe, l'encéphalite épidémique, ont leurs séquelles propres.

Graves et multiples sont celles des toxicoses: motrices, ou mentales, ou convulsives, surtout imprévisibles. Le facteur majeur est probablement le retard apporté au traitement; les mécanismes en sont divers: thromboses, hémorragies, lésions cérébrales anoxiques ou métaboliques, collapsus ou oedèmes cérébraux parfois associés.

C/ NOUS TOUCHONS ICI LA SOLUTION DE NOTRE PROBLEME:

Les E.I. augmentent aussi par excès de production (I) parce que nous les fabriquons. C'est l'éternel dilemme de l'Arbre de la Science, du Bien et du Mal. Le progrès est responsable, puisqu'aussi bien, autrefois, ces enfants mouraient. Aujourd'hui, à côté de ceux réellement, complètement sauvés, il reste ces déchets. Et pourtant, que faire d'autre? Nous sommes menacés, dans les années à venir, d'une progression (arithmétique? géométrique?) d'E.I. post-natales. A moins que de nouvelles acquisitions?..... et encore! Car, s'il est prévisible que la méningite tuberculeuse guérira bien, de nouvelles maladies guériront sans doute -mal-..... C'est le problème de Zénon: Achille ne rattrapera jamais la tortue, le serpent d'Esculape cherche éternellement à se mordre la queue.

Note (I)

Une notion réconfortante est qu'une part de cet excès est peut-être passagère, le flot actuel étant sans doute lié à la surnatalité du moment, qui probablement ne se maintiendra pas toujours.

IV/ E.I. INCLASSABLES DU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE: 13 cas sur 238

TABIEAU 9:

E.I. d'évolution progressive,apparues après un temps de latence de 3 à 6 mois pendant lesquels l'enfant a paru normal.....	2
Faux petit-mal.....	I
Retard psycho-moteur congénital.....	IO
-avec épilepsie	2
-avec atrophie corticale	4
-avec E.E.G. et encéphalo Nx	4

Restent donc ces 13 E.I. que nous n'avons pu classer, chez qui nulle lésion associée, nulle donnée biologique aucun antécédent à l'un ou l'autre des stades envisagés plus haut n'a pu être mis en évidence. S'agit-il de formes essentielles dont nous espérons que la biochimie pourra nous apporter l'explication et peut-être un mode de guérison ou de prévention ?

Au demeurant, quand bien même nous ajouterions ces cas à notre statistique, ils ne changeraient pas le pourcentage des E.I. congénitales et des E.I. post-natales. Ils soulignent une fois de plus le caractère ingrat de l'enquête étiologique....

TABIEAU IO: rappel des résultats en valeur absolue:

0 I00

PRENATALES:(I00)

40:	Génopathies et groupe d'attente
32	Embryopathies
22	Fœtopathies
6	E.I. inclassables

PERINATALES (83)

46	Aterme
23	Prématurés
IO	Petit poids
4	Immatures

POST NATALES (42)

6	Trauma
II	Encéphalite
I4	Méningite
II	Hérpès, toxicose, divers

TABLEAU II : Résultats en pourcentages:

×..... —————100..... ————— ×		
PRE NATALES 44,44%	PERI NATALES 36,88%	POST Nat. 18,68%
PERI NATALES 36,88%		
POST NAT. . (18,68%)		

V/ CONCLUSIONS AMERES SUR CETTE CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE:

Elle s'est avérée difficile. Elle est peut-être discutable: en dehors des cas patents, est-on jamais absolument sûr d'avoir décelé la cause réelle ? Mais, si nous la tenons pour valable, elle ne permet pas de faire preuve d'un optimisme exagéré.

Car (comme nous le verrons dans la deuxième partie) si l'on peut espérer réduire les cas d'anoxie —qui représentent plus de 30% du total —, faire disparaître les ictères nucléaires, ne doit-on pas craindre, avec la proportion toujours plus grande d'affections neurologiques réagissant aux thérapeutiques, une augmentation sans cesse croissante du nombre des E.I. post-natales puisque là, le plus souvent, nulle faute technique n'est à incriminer?

S'il est exact que les causes pré-natales fournissent le plus gros contingent (ici 44,44% dont plus de la moitié certainement d'origine génétique) ne doit-on pas redouter d'être presque totalement démunis ? Bien plus, leur permettant de survivre, ne va-t-on pas voir leur nombre monter, monter .. jusqu'où ?

En dépit de cette première approximation peu encourageante, nous verrons qu'une attitude de complète démission ne peut et ne doit pas être adoptée.

CHAPITRE IV : AUTRES ESSAIS DE CLASSIFICATION :

Au terme de cette enquête étiologique, peut-on espérer aboutir à une classification nosologique valable ? En fait, on ne peut isoler de force des maladies que caractérisent tant d'éléments à la fois. Il reste cependant logique de les

définir selon leurs différentes coordonnées.

I/ SELON LE NIVEAU MENTAL :

A/ DEFINITIONS CLASSIQUES:

1°/ Idiotie: "n'arrive pas à communiquer par la parole avec ses semblables" (BINET & SIMON). Le niveau mental n'excède pas 3 ans , le Q.I. 0,25. L'enfant est souvent monstrueux physiquement, sans affectivité, amoral, masturbateur et coprophage, tout au plus capable de satisfactions viscérales; il est incontinent , ne marche pas, les troubles neurologiques sont évidents.

2°/ Imbécillité : Q.I. compris entre 0,25 et 0,50; âge mental inférieur à 7 ans. N'arrive pas à communiquer par écrit, ne comprend pas ce qu'il lit (BINET). L'abstraction est impossible. Souvent docile, émotif, affectueux, l'imbécile peut être agité, violent, antisocial. (On a voulu établir des distinctions subtiles entre idiotie complète et incomplète , imbécillité profonde et légère .)

3°/ Débilité: niveau inférieur à 10 ans, Q.I. inférieur à 0,60 = débile profond ; à 0,70 = débile léger ;(classiquement) avec trouble presque électif du jugement , vanité exagérée, émotivité. La débilité motrice est fréquemment associée . Classiquement encore, le Q.I. est remarquablement fixe (sauf exception) chez le débile; aussi montre-t-il que tout individu, même idiot, voit son intelligence progresser avec l'âge. Aussi est-il un élément certain pour la conduite de l'éducation.

B/ ETUDE DANS NOTRE STATISTIQUE :

Nous avons relevé les pourcentages suivants:

TABEAU I2:

	Q.I.	Pourcentages
IDIOTS	inf ^r à 25	33,33%
IMBECILES	25 à 50	28%
DEBILES PROFONDS	50 à 60	12%
DEBILES LEGERS	60 à 70	6%
SUJETS NORMAUX		2,66% seil ^t
restent		18%

Pour les 18% qui restent, ou bien nous n'avions pas assez de renseignements, ou bien le trop jeune âge interdisait toute évaluation, et souvent nous avons dû nous contenter de "troubles du comportement" , "ne marche pas, ne mange pas seul , n'est pas propre" . Compte tenu de l'âge, les troubles, le retard, ou l'absence de langage se retrouvent dans au moins 2/3 des cas. Mais même cette notion de Q.I. ne permet pas une classification, car tant d'éléments peuvent modifier sa valeur théorique!

II/ LES TROUBLES CARACTERIELS:

Ils peuvent rendre pratiquement irrécupérable un enfant , même de niveau normal.

A/ QUELQUES TABLEAUX:

Le mongolien est classiquement calme et doux, mais apathique. En fait, l'environnement le modèle beaucoup, et on en voit d'agités, d'anxieux, de coléreux, voire d'opposants. On lui reconnaîtrait, plutôt que le goût du rythme, un certain sens de l'humour.

PHELPS a insisté sur l'anxiété du spastique, rétracté moralement, introverti, renfermé, triste et peu sociable. La peur aggrave sa raideur et contrarie sa ré-éducation.

L'athétosique au contraire, serait plus gai, plus adaptable, mais porté à la colère et à la jalousie.

L'épileptique, instable, peu adaptable, impulsif, coléreux.....L'absence de sens moral serait ici particulièrement fréquente. Démission, agressivité, hospitalisme, viennent aggraver le tableau. Et peut-être pire, l'indifférence, car on ne peut ré-éduquer un enfant sans sa participation.

B/ DANS NOTRE STATISTIQUE:

Nous avons relevé des troubles du comportement dans plus d'un cas sur trois. Et malheureusement, il s'agissait dans la proportion d'une fois sur deux d'"indifférence totale", d'apathie, indifférence affective.. "aucun contact". Dans 20% des cas, enfant opposant, hostile, agressif. Puis des agités, des tiqueurs, des grimaciers, des syndrômes d'hospitalisme, jusqu'aux organismes grabataires, purement viscéraux, masturbateurs ou auto-mutilateurs.

Peut-on parler de perversité à propos de débiles ? Non sans doute, du fait de l'absence de lucidité. Non plus que d'enfant pervers, ni pervertissable. Il reste que leur intelligence en fait des êtres anormaux pour qui le vol, l'érotisme, les manifestations anti-sociales sont des mots vides de sens. Cependant, une certaine malignité consciente n'est pas niable: cas d'un idiot de 6 ans, grabataire, qui réussit à se traîner jusqu'à son frère de 6 mois et le tua par jalousie (HEUYER). Sur un plan moins sinistre, pouvons nous rapporter l'histoire d'un idiot de village qui, ayant surpris ce vocable à son endroit sut fort bien verser subrepticement une poignée de gros sel sur les gâteaux que le boulanger irrévérencieux allait enfourner ? (Cette anecdote viendrait à l'appui de l'affirmation selon laquelle certains débiles, et particulièrement les mongoliens, possèderaient le sens de l'humour!)

III/ SUIVANT LE TYPE DU TROUBLE MOTEUR:

A/ ON PEUT DECRIRE:

1°/ La débilité motrice (DUPRE-MERKLEN) : maladresse, manque de souplesse, syncinésies exagérées, paratonie et hypotonie. L'énurésie est fréquente, les tics également. Se surajoutent aux signes pyramidaux des éléments cérébelleux et extrapyramidaux. Elle caractérise la persistance d'un fonctionnement moteur d'un âge plus jeune. On peut la mesurer aux tests de Gesell et plus tard, d'OZERETZKI (Nous l'avons retrouvée une fois sur trois, habituellement associée à un déficit mental.)

2°/ Sur le plan pratique de la ré-éducation, PHELPS reconnaît 5 grands types de "paralysie cérébrale":

-la spasticité: c'est une contracture par accès, et non pas permanente, déclenchée par la peur, le froid, le bruit, et surtout l'étirement des muscles voisins ou de l'antagoniste. Elle porte sur les muscles les plus volitionnels, surtout les fléchisseurs.

-la rigidité: s'accompagne de spasticité

-l'athétose se caractérise par des mouvements involontaires, lents et spasmodiques. Elle est minimum en décubitus ventral maximum debout, s'exagère au mouvement volontaire, d'où confusion fréquente avec la spasticité. L'élément différentiel est l'absence dans l'athétose de contraction à l'étirement du muscle.

-le tremblement

-l'ataxie.

3°/ L'atonie: l'hypotonie peut être totale et généralisée, réalisant au maximum le syndrome de FOSTER; mais elle peut se voir aussi, localisée dans une forme à dominante hypertonique.

4°/ Les troubles trophiques s'établissent vite: atrophie des membres, surtout supérieurs, par suite d'une croissance ralentie, fibrose musculaire et articulaire, voire déformations osseuses, peau froide, cyanique, fragile, hypotrophie.

5°/ Enfin, les troubles s'associent de façons diverses: -mouvements anormaux chez un spastique: spasticité, fibrose, paralysie chez un même sujet; tout est possible, de la débilité légère à l'état grabataire.

-ils peuvent frapper de façon symétrique (paraplégie, diplégie) ou asymétrique (hémiplégie, diplégie brachiale, triplégie, quadriplégie)

-les plus caractéristiques, sinon les plus fréquents sont: la diplégie spastique, acception habituelle de la maladie de LITTLE avec son attitude en ciseaux; l'hémiplégie cérébrale infantile et le syndrome labio-glosso-pharyngé avec ses troubles de la déglutition et de la phonation

On admet en général 60% de spastiques, 20% d'athétosiques.

B/ POUR NOUS: Parmi 150 dossiers plus spécialement étudiés, nous avons relevé:

TABLEAU 13:

DEBILITE MOTRICE	44 cas
PARALYSIE CEREBRALE	59 cas
-Spasticité	8 quadriplégies spasmodiques (dont 3 Little) 2 monoplégies brachiales 5 hémip légies spasmodiques 30 cas d'hypertonie prédominante
- Rigidité	2 cas (1 rigidité décérébrée, 1 rigidité catatonique)
-Athétose	6 cas
-Tremblement	5 cas (4 tremblements extra-pyramidaux 1 tremblement cérébelleux)
-Ataxie	1 cas
MOUVEMENTS ANORMAUX	
-Clonies	4
-Stéréotypies	3
-Spasmes de torsion	2
-Syncinésies	2
-Tics	3
-Convulsions multiples (sur lesquelles nous reviendrons)	
ATONIE	
-Syndrome de Foster	2
-quadriplégies hypotoniques	3
TROUBLES TROPHIQUES:	
-deux fois sur trois	
ASSOCIATION D'HYPERTONIE ET D'HYPOTONIE	
	10 cas

Sur 150 sujets, 20 seulement étaient normaux du point de vue moteur; 4 indormes du point de vue psychique. Cette association quasi obligatoire des troubles moteurs et psychiques confirme bien, -malheureusement pour ces enfants et pour l'avenir -, les Lois de CLERAMBAULT.

IV/ LES CONVULSIONS:

Peuvent-elles établir un élément de classification ? Du point de vue pratique, elles compromettent l'éducabilité. Tout encéphalopathe peut en présenter.

A/ ETUDE GENERALE:

-Leur fréquence est diversement appréciée:

40% des E.I. en moyenne pour GROSSIORD

50% pour TRELAT: 15% des E.I. péri-natales seraient atteintes

50% également (GIRAUD & SOULEYRAC) . Sur 50 cas d'E.I.

convulsivantes ces auteurs ont relevé, selon le type des crises:

-généralisées 50%

-localisées 30%

-petit mal 14%

-spasmes en flexion 8%

Les crises focales peuvent se généraliser, et inversement

-Selon le type de l'E.I.:

Fréquence des crises chez les spastiques et rareté chez les athétosiques; respectivement 50 et 15% (GROSSIORD). Les auteurs estiment que les crises convulsives sont plus fréquentes que les troubles caractériels.

-Elles se voient à n'importe quel moment:

Rarement dès la naissance: 4%

Surtout dans les premières années et de 1 à 5 ans (44%)

Plus rarement au-delà

-Les E.I. convulsivantes seraient:

prénatales.....56% avec crises généralisées, toujours.

birth injury 30% avec crises le plus souvent généralisées

post-natales 36% avec crises le plus souvent localisées.

GIRAUD souligne l'importance des crises convulsives, plus encore peut-être que des troubles moteurs, car elles tiennent sous leur dépendance une partie des troubles intellectuels.

B/ DANS NOTRE STATISTIQUE NOUS AVONS RELEVÉ (Sur 142 dossiers)

(Voir le tableau I4)

Nous n'avons pu pousser l'enquête très loin, l'E.E.G. n'ayant pas toujours pu être enregistré. Nous avons noté en proportions à peu près égales crises généralisées et crises localisées. Nous n'avons eu que 1 cas de convulsions dès la naissance; 2 crises en moyenne sur 5 sont survenues dans la première année.

Notre relevé pêche sans doute par défaut, mais confirme la forte proportion de crises convulsives chez les E.I. (nous n'osons guère employer le terme "épilepsie" tant il est difficile avant 4 ou 5 ans d'affirmer ce syndrome)

Nous déplorons la forte proportion de crises d'origine post-natale car, si un accouchement bien conduit est la meilleure prophylaxie anti-convulsivante, nombre de facteurs post-nataux échappent encore au contrôle du thérapeute

TABLEAU I4:

ETIOLOGIE	E.I. Convulsiv.	Total des E.I.	% des E.I. convulsiv.
PRENATALES	23	72	32%
dont toxoplasmose (Note I)	3	5	
PERI NATALES.....	16	48	33%
birth injury	14	43	
incompatibilité	2	5	
POST NATALES	9	22.....	41%
traumatisme	3	4	
encéphalite	2	7	
méningite	0	3	
S. neuro-toxique	1	3	
divers	2	5	
AU TOTAL.....	48.....	sur 142.....	soit 33,8%

Note (I) : la toxoplasmose donne classiquement de 20 à 50% de crises convulsives.

V/ ANATOMIE PATHOLOGIQUE:

Elle n'apporte pas davantage d'unité.

A/ DESCRIPTION :

1°/ Sur le vivant, tout peut se voir:

-Les malformations multiples sont presque la règle , et surtout les anomalies craniennes.

(Nous avons très souvent retrouvé des troubles sensoriels: cécité, amaurose, amblyopie, surdité, hypo-acousie qui apportent encore une gêne au développement psychomoteur, perturbent les tests, entraînent un autisme exagéré et des troubles caractériels majeurs.)

- La fontanelle tôt soudée évoque une microcéphalie, mieux jugée par la mesure du périmètre crânien , et surtout sa courbe de croissance (car l'excès ou le défaut n'est pas nécessairement pathologique); un aplatissement peut être témoin d'une atrophie.

-La radio la précise, ainsi que les asymétries minimes (déviations de la crista galli, pneumatization sinusale) , révélant

les calcifications d'une toxoplasmose , des empreintes....
Le fond d'oeil complètera l'examen , ainsi que l'E.E.G. et l'encéphalographie (qui devrait être systématique), révélatrice d'une distension ventriculaire, d'une porencéphalie, d'une atrophie corticale.

-L'artériographie, la biopsie cérébrale, apporteront quelquefois une confirmation (cette dernière, particulièrement pour le diagnostic des dislipidoses)

2°/ Post mortem:

-Parfois cellules d'aspect embryonnaire ou foetal , mais surtout destruction des cellules nerveuses et de leurs axones; modification du tissu de soutien: sclérose gliale ou porencéphalie par fonte de la myéline.

-Mais tout peut être atteint de façon localisée ou généralisée et les mécanismes divers ne peuvent entraîner nulle spécificité (hors les cas de toxoplasmose et d'ictère nucléaire)

-On rencontrera des malformations: agénésie du corps calleux, atrésie du canal de Sylvius, anomalies des circonvolutions (agyries, pachy, oligo ou microgyries, hétérotopies) , toutes les dysraphies neurales.

-Les lésions traumatiques ou infectieuses se caractérisent surtout par des atrophies. Les destructions sont souvent suivies de cicatrices qui les majorent, portant principalement sur la substance blanche. Les dégâts profonds , outre l'état marbré du striatum des Vogt , les séquelles d'ictère nucléaire, relèvent habituellement de lésions veineuses, traumatiques et surtout anoxiques, dans le territoire de la veine de Galien (ce qui explique la bilatéralité du syndrome) , intéressant les noyaux gris centraux.

B/ TENTATIVES DE CORRELATION:

Ces lésions progressent peu. Mais elles n'ont aucune possibilité récessive. Elles perturbent le fonctionnement normal =soit par action irritatrice convulsivante

=soit qu'elles s'opposent au transit des incitations motrices

=soit qu'elles disposent à distance d'un pouvoir inhibiteur ? (WERTHEIMER)

Leur rôle dans la genèse des mécanismes mentaux reste plus obscur. En tout cas, établir une corrélation entre les dégâts anatomiques et les troubles cliniques...reste actuellement difficile et discutable, tant les lésions sont complexes. Nous n'avons pu le faire dans la plupart de nos observations. Ainsi, parmi celles comportant une encéphalographie : 55% d'atrophies corticales , 3,3% seulement d'encéphalographies normales , et pas plus de parallélisme (I) dans les deux cas entre l'état du cerveau et le déficit psycho-moteur. Nos rares protocoles d'autopsie concluent dans le même sens .(Note I) en dehors des hémiplésies qui le plus souvent présentent une dilatation ventriculaire contro-latérale.

CHAPITRE V : CLASSIFICATION SELON LA RE-EDUCABILITE :

Nous avons essayé de définir chaque cas selon ses coordonnées. Mais la synthèse des différents éléments reste difficile. Parfois on peut relever des rencontres entre la clinique, l'anatomo-pathologie et l'étiologie; cependant, hors l'éventualité rare d'une maladie bien définie, (encéphalopathies pré natales essentiellement), il nous faut conclure avec THIEFFRY que "toute classification des encéphalopathes est impossible à l'heure actuelle", et suivant TARDIEU, admettre le problème sur le seul plan pratique de la ré-éducabilité. Nous opposerons les Infirmes Moteurs Cérébraux, et les Insuffisants Cérébraux Graves.

I/ LES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX:

"Enfants physiquement handicapés, porteurs avant tout d'une infirmité motrice éducable parce que l'insuffisance psychique associée n'est pas trop profonde" . Le Q.I. de ré-éducabilité de 0,70 paraît bien formel, d'autant que la forme clinique de l'I.M.C. , les troubles affectifs, l'épilepsie jouent dans son appréciation; mais ces enfants portent peu de malformations, ont un habitus sensiblement normal. Le pronostic est relativement bon.

Nous en avons peu à Saint Vincent de Paul (10 à 20%)
Ils sont vus en orthopédie.

II/ LES INSUFFISANTS CEREBRAUX GRAVES:

A/ DEFINITION :

"Avec ou sans troubles de la motilité, avec ou sans troubles caractériels, ce sont avant tout des idiots "(LELONG)
Parfois, l'arriération intellectuelle est l'essentiel du tableau; les fonctions motrices et de coordination sont respectées, mais il existe presque toujours des troubles du caractère , une absence de jugement. Ce sont des débiles profonds à Q.I. inférieur à 0,60 , d'ailleurs susceptibles d'acquérir , grâce à des soins nourriciers, l'autonomie de 5 ou 6 ans...

A l'opposé, d'autres sont plus touchés: infirmes cérébraux graves, profonds, dits inéducables; grabataires raidis en extension ou en flexion, dystrophiques atteints de rétractions tendineuses; les troubles sphinctériens sont constants, les troubles de la déglutition fréquents ; ces enfants bavent, crient sans cesse, ne parlent pas, restent inertes au fond du lit, ou au contraire s'agitent, cherchant à frapper et à mordre leurs vêtements, leurs voisins, et eux mêmes. Leur odeur, leur agitation bruyante, leurs difficultés d'alimentation, en font des hôtes impossibles.

Entre ces extrêmes, tous les intermédiaires. Enfant tenant debout, marchant plus ou moins bien, mangeant seul, relativement propre, mais caractériel, parfois porteur de malformations ; arriéré, toujours.

Ces débiles profonds composaient l'essentiel de notre relevé (73%)

B/ C'EST A LEUR SUJET qu'il faut tenter d'approfondir la NOTION DE DEBILITE PROFONDE:

Théoriquement, le débile profond peut être un idiot d'âge mental inférieur à 3 ans, à Q.I. inférieur à 0,30 ; ou un imbécile d'âge mental entre 3 et 7 ans, à Q.I. compris entre 0,30 et 0,50.

En fait, on classe débile profond un sujet de -niveau mental inférieur à 7 ans après 14 ans -Q.I. compris entre 0,35-0,40 et 0,50-0,55, et l'on tend de plus en plus à admettre que tout débile est a priori éduicable (sans que les normes formelles puissent avoir une valeur absolue, car soumises à distorsion par les troubles neurologiques et caractériels, perfectible, car il est toujours possible de lui faire faire une acquisition utile(I)

Note I: ainsi HEUYER cite un idiot de 19 ans qui avait appris à rythmer au piano des mouvements de gymnastique collective ; et un vieil imbécile devenu sonneur de cloches dans son village.

Même s'il n'est pas adaptable au milieu tel qu'il est, car il lui est difficile de sortir de son égocentrisme, il peut être du moins récupérable si l'action médico-pédagogique ou l'aménagement du milieu l'amènent à une certaine participation sociale.

Ainsi, certains de nos Infirmes Cérébraux graves pourront-ils être considérés comme débiles profonds semi-éducables, - c'est à dire pouvant tirer un bénéfice d'une certaine action éducative - sans cependant espérer parvenir à l'autonomie psychique ni sociale. Dans cette perspective, près de 40% de nos sujets, théoriquement condamnés à une vie asilaire, seraient susceptibles de promotion -à condition de trouver le cadre social où les insérer. Ce seraient ceux de Q.I. supérieur à 0,40 pouvant atteindre un âge mental de 7 ans (2)

Note (2): La notion de débile profond semi-éduicable est en fait assez floue. Elle varie selon les auteurs. Pour certains, un Q.I. de 0,50 serait la limite d'irrécupérabilité totale, ce qui correspondrait à 18% au moins des encéphalopathes (CAHUZAC, TARDIEU, qui admettent 26% de semi-récupérables

avec Q.I. de 0,50 à 0,65) D'autres auteurs
abaissent ce seuil jusqu'à 0,35 et
n'admettraient plus que 7% d'irrécupérables
(Abbé OZIOL)

Mais même des arriérés plus profonds pourraient être assistés
et placés et parvenir ainsi à une minime , mais cependant
réelle vie sociale.

Comment ? Nous l'étudierons dans la troisième partie.

DEUXIEME PARTIE: TRAITEMENTS:

CHAPITRE I : DIVERS PROBLEMES

Avant d'aborder les possibilités réduites de traitement, nous voudrions brièvement signaler quelques problèmes graves qui se posent respectivement au débile, à la famille, au médecin

I/ LE PROBLEME DU DEBILE:

Il serait trop simple de se consoler : "Après tout, le débile ne se rend pas compte". Certes, la plupart des encéphalopathes ont un Q.I. inférieur à 0,70 et ne souffrent guère de leur infirmité.

Mais il est des débiles légers, et bon nombre de cerebral palsies n'entraînent que peu de déficit intellectuel. C'est alors que sa situation est plus amère si, consciemment, son infirmité, sa laideur, ses malfaçons retentissent sur psychisme et affectivité. "L'esprit s'atrophie dans un corps manqué" disait HUGO du sonneur de Notre-Dame. Nous avons déjà esquissé ce problème, relevant le fait que presque tout encéphalopathe est un caractériel.

La dépendance est plus forte que chez le sujet normal et l'identification au parent de même sexe devient difficile, sinon impossible. De se sentir différent, l'enfant aboutit au sentiment d'infériorité (ADLER), au complexe de frustration, voire à l'autisme. Mais diverses attitudes sont possibles: opposition et agressivité, voire domination; parfois, compensation (cas des aveugles musiciens), parfois résignation ou acceptation.

La vision qu'a l'enfant de son mal est peut-être plus importante que l'infirmité elle-même; la ressentira-t-il comme une tare, et dès lors, ne va-t-il pas se sous-estimer, se soumettre? Son indifférence serait le pire handicap à sa récupérabilité.

En réalité, à l'encontre de l'enfant physiquement handicapé, l'infirme cérébral grave supporte bien la séparation

familiale dont il n'a pas conscience; il est même mieux , peut être, en dehors des siens

II/LE PROBLEME DE LA FAMILLE:

Sa situation est atroce, surtout si elle ne dispose pas de moyens financiers (les avantages accordés par la Loi sont rares et insuffisants). Car, outre les difficultés que pose l'arriéré à la mère qui travaille (on ne peut le laisser seul, il fait du bruit pour les voisins)il est, par sa seule présence, nuisible à la santé morale des parents, -du couple - et surtout des autres enfants normaux dont il sape le psychisme et la personnalité.

Le père, dans son orgueil , est déçu par cet enfant qui jamais ne s'identifiera à lui . Il supporte mal cette honte perpétuelle; cela se conçoit lorsqu'on considère les réactions habituelles d'un père devant son enfant normal .

La mère est plus profondément blessée; dans sa chair et dans sa confiance en elle-même; elle se sent confusément coupable. Elle peut dès lors: -ou bien dévouée corps et âme à son petit infirme, étouffer en lui toute initiative par super protection, et négliger les autres, normaux; -ou bien, la honte dominant, chercher à rejeter le taré, à s'en débarrasser dans un "quelconque" placement. Parfois c'est une soeur , maternelle, qui supplée la mère faible ou "dénaturée".

Les époux se reprochent plus ou moins explicitement cette tare; cette situation conflictuelle ébranle le couple, d'autant que -nous l'avons vu souvent - de jeunes ménages se refusent à une nouvelle maternité, ce qui risque de détruire la base même de leurs rapports.

Les enfants sont inquiets, honteux, de cette présence anormale; peut-être délaissés, en tout cas tiraillés par des sentiments contraires. La soeur aura peur "d'en avoir un pareil"etc.....

Bien sûr, même avec un logement exigü, des moyens minimes, certaines familles admirablement équilibrées supportent, mieux que d'autres , l'injustice du sort; les parents s'épaulent mutuellement, assurent aux autres enfants une vie normale. Mais, même dans ces conditions optima, la solution traditionnelle qui consiste à garder l'enfant est-elle à conseiller ? ce courage quotidien ne mérite-t-il pas un meilleur emploi ?

Si cette solution est plus facile à envisager à la campagne, il semble exceptionnel qu'elle puisse être conseillée dans la région parisienne. Les parents et le médecin devront mûrement la peser, avant de prendre une telle décision.

III/ LE MEDECIN :

Car il doit juger en fonction de la science, sans doute, mais ici plus encore peut-être que d'habitude, en fonction de son éthique et de son coeur. Quelle attitude avoir ?

A/ ARRIERATION PROFONDE TOT DEPISTEE (dans les trois premières années)

Il est difficile d'apprécier sérieusement le retard avant 8 ou 10 mois, quoi qu'il soit souvent évident parce que considérable; mais parfois, il se révèle seulement à l'âge de la marche(I) Le praticien, le pédiatre, doivent demander conseil au psychiatre, faire pratiquer les examens sans erreur d'aiguillage , car , à ce stade les possibilités sont parfois multiples; le neuro-psychiatre coordonne le travail d'équipe.

Note (I): Dans les cas d'I.M.C. (statistique dans 5 départements du C.I.E.) 3,8% seulement furent décelés avant 2 ans.

Ne pas donner de faux espoirs : "ce n'est rien , ça s'arrangera" ; pas plus de pessimisme systématique exacerbé, blessant à mort l'attente douloureuse des parents: rassurer , la plupart du temps sur le pronostic vital, tout en restant objectif et humain (2)

Note (2): Le problème se pose parfois dès la naissance, particulièrement devant un mongolien ou "mongoloïde". Si l'on n'est pas sûr, mieux vaut attendre d'avoir une certitude, mais, même devant l'évidence, il est sans doute dangereux de l'annoncer ex abrupto; il vaut mieux amorcer la révélation de façon progressive , et rassurer ensuite sur le fait que les naissances suivantes ont toutes chances d'être normales. ("Consoler , toujours ")

Discuter essentiellement du placement: car il n'y a pas de pouponnière officielle, mais pénurie d'établissements, d'où délai d'un an et plus; et les possibilités pédagogiques sont toujours trop minimes au gré des parents qui, de toute façon, comprendront ces raisons plus ou moins bien ... plutôt mal que bien!

B/ ARRIERATION PROFONDE TARDIVEMENT DEPISTEE (3)

La situation est plus sombre, car grevée d'un passé où rien n'a été fait, et aggravée de troubles caractériels importants. Trop souvent, on sera amené à conseiller un placement médico psychologique, ou même un placement intercurrent à l'Hôpital psychiatrique.

Note 3: L'éloignement d'un grand centre peut en être une cause (28% des cas)

C/ LES ARRIERATIONS RE EDUCABLES:

Parfois, le médecin doit vaincre préjugés, réticences, opposition de la famille car la débilité minime a souvent été méconnue et la récupération sera de plus en plus difficile avec l'âge. Aussi doit-il fixer son attention sur les retards de la marche, du langage, une hypoacousie, pour leur opposer tôt les traitements actifs si possible, et non pas une calcithérapie inefficace.

D/ QUANT AUX DEFICIENCES MOYENNES ET LEGERES:

Elles sont souvent très tardivement découvertes, jusqu'à 13 - 14 ans, devant redoublements, mauvaises notes, etc.... Il faudra conseiller classes de perfectionnement, internet médico-pédagogique, à condition que la famille aide les éducateurs, comprenne que certains objectifs professionnels sont impossibles. (Il existe des groupements de parents d'arriérés).

Le Médecin devra donc toujours se rappeler que la famille sauf exception rarissime, n'a jamais une position objective, et qu'il importe d'analyser cette attitude, la réaction affective dénaturant, volontairement ou non l'exposé: "il comprend tout". Aussi vaudra-t-il toujours mieux, s'il est possible, examiner l'enfant en dehors de la présence de ses parents. Le plus difficile sera souvent de les convaincre de la réalité et de la gravité de leur malheur.

Sur le plan pratique, deux notions essentielles:
 - toujours avoir à l'esprit le schéma chronologique du développement psycho-moteur normal;
 - savoir adresser tout enfant suspect à une consultation de prophylaxie mentale: à Paris, services des Enfants-Malades, de la Salpêtrière; consultations spécialisées d'Hérol, Trousseau, Saint-Vincent de Paul; services de neuro-psychiatrie infantile de l'O.P.H.S., dont l'intérêt n'est pas seulement de dépister, mais aussi de faciliter le placement, toujours complexe, grâce au concours d'assistantes sociales spécialisées.

CHAPITRE II: TRAITEMENT:

Il convient d'insister sur la prévention, les méthodes curatives, pour améliorées qu'elles soient n'ayant pas un rendement élevé. Nous envisageons ici ce qui est possible, dans la structure juridique actuelle, sur le plan individuel.

I/ LA PREVENTION : s'appuie sur l'étiologie .

A/ FACTEURS PRE-NATAUX

1°/ Si l'on a connaissance de facteurs génétiques, -l'interdiction des mariages consanguins (déjà observée par les traditions religieuses) ferait diminuer d'I/4 la plupart des tares récessives rares. (Phényl-cétonurie, idiotie amaurotique). Mais ceci n'irait pas très loin, étant donnée leur faible fréquence sur l'ensemble des arriérés. Et d'autre part, actuellement, on ne peut que déconseiller de telles unions, particulièrement entre germains.

RAPPEL DE DEUX OBSERVATIONS concernant la consanguinité:

N. ° 47-JAC. Robert , déjà cité: parents cousins germains, malformations multiples

N ° I24 CRO. Patrick: I4 mois : parents petits-cousins; pas d'antécédents particuliers. Développement psycho-moteur retardé, sourit à 5 mois; à I0 mois seulement il tient sa tête.

Hypotonique, grabataire, ne tient pas assis, n'est pas propre. Gesell : 3 mois $\frac{1}{2}$ pour I4 mois.

-l'éclosion d'une telle tare doit faire déconseiller toute nouvelle procréation; mais, devant un mongolien, le risque n'est peut-être pas tel que l'on doive imposer une telle continence.

-lorsqu'il ne s'agit plus de certitude mais de présomption (oligophrénie, comitialité sans substrat étiologique ferme) a-t-on moralement le droit d'interdire de nouvelles maternités, surtout avec le risque de destruction du couple que comporte ce tabou ? Peut-être ne peut-on guère aller plus loin que conseiller des grossesses espacées et d'avoir des enfants avant 35 ans, (ce qui diminuerait d'I/3 le mongolisme).

-ces prescriptions, qui ne sont que conseils, représentent ce qui est licite actuellement; déjà combien difficile à appliquer, et d'autant plus que le niveau mental des procréateurs est plus bas. Aussi réservons-nous pour plus tard la question des parents eux-mêmes débiles et du mariage des débiles.

-plus efficace sera la lutte contre la syphilis , à condition qu'on la décèle

- la lutte contre l'alcoolisme chronique, mais aussi occasionnel ne peut être à l'heure actuelle que l'objet de vœux pieux.

2°/ S'il s'agit de facteurs intervenant durant la grossesse, l'attitude est plus facile, du moins en théorie.

-c'est essentiellement la rubéole qu'il faut redouter, du moins durant les premiers mois, pour en faire le diagnostic au plus vite et injecter des gamma globulines (à la dose de 0, 25 cm³ par kilog) car il n'est pas aisé de faire contracter la maladie à titre préventif, même à quelqu'un travaillant en milieu hospitalier. Si l'on arrive trop tard pour prévenir, notre morale médicale répugne à l'avortement thérapeutique, du fait que la santé de la mère n'est point menacée. Est-ce là un sophisme ? Certains pays, de conceptions religieuses ou déontologiques différentes y recourent. En tout cas, il semble nécessaire de mettre les parents en face des risques encourus ; il semble honnête de les laisser choisir en fonction de leurs idées.

-se méfier d'autres maladies infectieuses, mais le risque est moindre... ou peut-être moins bien connu !

-davantage, éviter les irradiations: scopies pulmonaires trop fréquentes et trop longues (100 fois plus nocives qu'une graphie) la radiographie pelvienne à champ large; éviter les irradiations non absolument nécessaires. Mais la profession, tant du père que de la mère (radiologue,manipulatrice, électronicien, atomiste) constitue parfois un handicap difficilement surmontable.

-éviter encore les thérapeutiques hormonales abusives, mais aussi, plus généralement, toute thérapeutique, toute intervention (et anesthésie) non indispensable.... mieux vaut peut-être une prudence exacerbée.

-plus que le B.W. légal, le groupage des parents devrait devenir un acte de routine, et le titrage des anticorps durant les premiers mois, pourrait faire procéder à l'accouchement prématuré devant leur ascension rapide.

B/ A LA NAISSANCE:

Quelques accouchements s'accomplissent encore en d'assez mauvaises conditions. Ils ne devraient être pratiqués, a fortiori si l'on redoute quelque difficulté, qu'en Maternité; que celles-ci soient assez nombreuses, assez bien outillées, pour ne pas faire d'un acte physiologique, l'enjeu d'un pari. Que les manoeuvres hardies ou dangereuses ne soient pesées et accomplies que par des spécialistes. Qu'une ré-animation judicieuse, qu'une exsanguino-transfusion, soient à tout instant possibles. " Mieux vaut créer les moyens de mettre au monde des enfants sains, que d'avoir à soigner les victimes d'une mauvaise obstétrique. Mieux vaut une Maternité entière, que dix lits de neuro-chirurgie infantile, occupés par les innocents blessés de l'accouchement mal conduit " (MERGER)

La réalisation de ces vœux réduirait notablement sans doute, la part du traumatisme et de l'anoxie obstétricale.

C/ APRES LA NAISSANCE:

L'attention maternelle évitera tout traumatisme.
Au médecin de déceler à temps une maladie: méningite, comitialité, pour en limiter les séquelles par un traitement approprié précoce, ou mieux, de la prévenir par des vaccinations précoces (coqueluche); au service social de faire en sorte que l'antivaricelle ne s'insère pas tardivement dans le calendrier.

D/ SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE:

Peut-être serait-il bon de préparer la mère à sa grossesse, à son accouchement, de lui inculquer quelques notions de puériculture et de psychologie infantile.

Ceci éviterait parfois de créer des pseudo-arriérations par carence affective ou perfectionnisme; et peut-être de minimiser les troubles caractériels qui compliquent si souvent le sort du débile.

E/ CONCLUSION :

Au demeurant, c'est maigre, car ceci demanderait, outre un apport financier considérable, un effort d'éducation de la population, et peut-être un effort d'abnégation de la part des médecins...

"Le diplôme de Docteur en Médecine ... devrait signifier donne le droit de faire tout ce que l'on sait faire " (MERGER)

D'autre part, supposées remplies ces conditions, elles ne permettraient d'agir que sur une petite partie des encéphalopathes; la grande masse échappe encore à notre connaissance. Et même parmi celles que l'on pourrait, que l'on devrait prévenir "un coup de dé jamais, n'abolira le hasard "

Alors, l'eugénisme ? Nous préférons réserver à plus tard sa discussion .

II/ LES THERAPEUTIQUES CURATIVES:

A/

I°/ L'hospitalisation: malgré l'apparent sadisme qu'elle comporte pour le débile, malgré le risque d'hospitalisme, peut et doit être appliquée; non point à titre de traitement (en théorie du moins)mais pour bilan para-clinique (ce qui exigera au moins une dizaine de jours) ou pour intervention chirurgicale.

2°/ Les thérapeutiques psychologiques : trouvent leur place même chez le tout petit; même un arriéré tirera bénéfice du fait qu'on lui parle, qu'on le prenne dans ses bras, qu'on s'occupe de lui . Une bonne mère, une bonne nourrice, faciliteront un développement psycho-moteur qui, si léger soit-il, sera moins minime qu'en asile.

Place aussi pour ces thérapeutiques chez la mère et la famille, nous l'avons vu plus haut; mais, si le médecin doit "faire de la psychologie" , son rôle n'est pas de faire de la morale.

3°/ Quant aux techniques psychiâtriques proprement dites: peut-on dire qu'elles aient un réel rôle thérapeutique ? Plutôt diagnostique; les batteries de tests, l'appréciation du comportement permettent un bilan et jugent au mieux des espoirs que l'on peut fonder sur ces enfants .

D'autre part, elles permettent de distinguer les encéphalopathies grossières -cas le plus fréquent - , les développements profondément ralentis , les réactions réactives figées, les régressions en chaîne destructives du moi dans les processus schizophréniques; or, ces deux derniers cas, faux débiles profonds, ouvrent des perspectives pour les autres: les débiles d'évolution.

Par delà les méthodes sensorielles, la notion du corps vécu, précédant la constitution du moi, permettrait d'aborder l'éducation des arriérés sous un angle neuf: "Avant d'éduquer quelqu'un, il faut que ce quelqu'un existe précisément en tant qu'un personnage vécu et intégré par et dans le corps propre de l'enfant " (TOSQUELLES)

B/ LES MEDICAMENTS:

Sauf exception , dans l'attente d'une éventuelle "piqûre miracle" d'une hormone de maturation cérébrale (?) la plupart sont sans grand effet. Certains cependant, sont utiles aux caractériels et aux comitiaux.

1°/ Les anti-épileptiques: on utilise leurs associations habituelles. La disparition des crises améliore la vie de ces enfants; elle peut aussi stopper une détérioration intellectuelle progressive.

2°/ La rigidité peut, dans certains cas, être améliorée par les anti-parkinsoniens. Et puis, mais à titre uniquement symptomatique, les tranquillisants: chlorpromazine, réserpine, méprobanate, hydroxyzine, de façon systématique chez les athétosiques et ataxiques, pour lutter contre leur insécurité permanente; les hypnotiques à doses modérées; le calcium cher aux mères inquiètes est inoffensif et peut-être efficace , avec l'A.T. 10 chez les opposants et coléreux; chez les apathiques hypotoniques, la diélectrolyse trans cérébrale de Bourguignon a pu donner de bons résultats. DELAY a utilisé la pneumothérapie.

3°/En réalité, c'est probablement dans la voie hormonale et métabolique que se lèvent les plus grands espoirs:opothérapie de l'hypothyroïdie(mais avec des succès modérés sur le plan mental). Régime sans phényl-alanine dans l'idiotie phényl pyruvique (où l'acide glutamique aurait donné des résultats palliatifs: DELAY & PICHOT). Régime sans galactose dans la galactosémie. A.C.T.H. à fortes doses dans l'hypsarythmie. Mais ces cas sont rares. On a encore proposé avec des résultats incertains: la somatotrope dans certains retards par insuffisance pituitaire ; les extraits thymiques dans le mongolisme.

C/ LA CHIRURGIE :

Assez souvent, une intervention orthopédique simple sera utile, améliorant des appuis insuffisants, réparant des lésions fixées parce que vues tardivement.

Mais, excluant ces monstres, que peut-elle pour ces encéphalopathes ? Beaucoup certes, mais pas encore assez.

Le déplaisant méningocèle est le plus souvent curable; l'hydrocéphalie congénitale, la microcéphalie, sont moins complaisantes.

Les pouvoirs de la chirurgie se limitent en fait aux E.I. de cause péri-natale ou post-natale; celles de cause obstétricale en bénéficient particulièrement, mais il faudrait pouvoir opérer précocément :-les hématomes sous-duraux,-les traumatismes obstétricaux et accidentels,-les séquelles de méningite,-les obstructions des voies liquidiennes.Il faut souligner que la chirurgie ne peut jamais ici être créatrice : les dérivations jugulo-carotidiennes n'ont pas réussi jusqu'ici à ramener une circulation suffisante dans le cerveau (I)

Note (I):Dans le Service, les Docteurs VIALATTE et SATGE ne l'ont jamais fait pratiquer. Par contre, sur 180 I.C.G. vus en 1958 - 59, huit interventions ont été tentées dont six ont été bénéfiques; ainsi, deux hémisphérectomies sur trois ont très nettement amélioré le tableau; 2 fois, un nettoyage de la vallée sylvienne a amené la résolution des crises non jugulées par les anti-comitiaux; enfin, plusieurs hématomes sous-duraux ont été évacués.

1°/ LA CHIRURGIE RADICALE:

Une fois localisées les lésions (cicatricielles, dégénératives kystiques, scléreuses) la corticographie permet, à nu, la plus grande précision pour l'éradication: avec de bons résultats sur l'arriération dans certaines porencéphalies; dans l'épilepsie, PENFIELD pratique la lobectomie temporale sub-totale . KRYNAUW emploie l'hémisphérectomie (en conservant les formations grises para-médianes profondes, bien vascularisées) avec succès: elle améliore l'hémiplégie spastique et habituellement elle

enrichit les facultés intellectuelles et même le langage. Malheureusement, elle n'est réservée qu'aux hémiplégiques arriérés légers ou moyens, aux épilepsies, et aux atrophies unilatérales. La mortalité est faible

2°/ LA CHIRURGIE FONCTIONNELLE:

Met hors circuit des secteurs sains pour permettre aux autres de retrouver ou d'acquérir des possibilités nouvelles. La lobotomie d'EGAZ MONIZ calmerait les arriérés agités, violents, "pervers" sans modifier leur niveau intellectuel. Elle pose un problème moral, mais, offense-t-elle vraiment la personnalité de ces encéphalopathes?

La topectomie, surtout péri calleuse s'adresse aux épileptiques arriérés ou caractériels ou même aux arriérés non épileptiques. Elle permettrait une amélioration intellectuelle (5 fois sur 8 pour WERTHEIMER)

La neuro-psycho-chirurgie, si elle ne peut prétendre transformer les arriérés en enfants intelligents peut néanmoins, dans certains cas précis, apporter d'utiles améliorations psycho-motrices.

Dans la pratique, à la suite de multiples examens, on est le plus souvent amené à reconnaître -amère conclusion -: aucune chance de traitement n'a été négligée, mais l'ensemble des traitements envisagés ne peuvent s'appliquer. L'enfant ne relève plus de la médecine, de la chirurgie, de la psychiatrie, mais seulement du placement et des méthodes "d'élevage".

III/ DIVERS TRAITEMENTS DE RE-EDUCATION

Cependant, apportons un correctif à cette vue pessimiste: si l'arriération n'est pas trop profonde, des essais de ré-éducation divers peuvent être tentés selon le type des troubles.

A/ INFIRMITES SENSORIELLES:

Plus de 20.000 enfants en sont atteints; 115 écoles spécialisées.

1° Les amblyopes: de vision entre 1 et 3/10° du meilleur oeil après correction, sont justiciables de classes spéciales, rares d'ailleurs: enseignement oral et par grands tableaux explicatifs, livres à gros caractères. Ceux qui s'aggravent apprendront le Braille.

Il y a davantage de débilés chez eux que dans la population normale. Leur cas étant aggravé par les interférences psycho-affectives, ils échouent habituellement dans les Instituts pour aveugles (à tort, car ceux-ci devraient être réservés à une vision inférieure à 1/10°). Autant dire qu'ils n'ont de

place nulle part (à signaler un Institut pour filles aveugles débiles dans la région parisienne)

2° Les sourds, ou plutôt les demi-sourds: entre 30 à 40 et 70 à 80 décibels de perte, une prothèse peut être indiquée; il existe également quelques classes pour demi-sourds. Les sourds relèvent, dès la troisième année des Instituts de sourd-muets: langage gestuel, langage sur les lèvres. Mais, en cas de débilité, le problème est, comme d'habitude plus compliqué, sinon insoluble.

3° Les troubles du langage, eux aussi relèvent du spécialiste et de la ré-éducation, toujours à condition que l'intelligence soit sensiblement normale. On admet qu'une ré-éducation est très aléatoire si l'enfant n'atteint pas au moins le niveau de compréhension de 4 ans, 4 ans $\frac{1}{2}$.

B/ TROUBLES MOTEURS:

Les Centres sont de plus en plus nombreux, mais encore insuffisants. Les centres hautement spécialisés (Garches, Fontainebleau en particulier) restent rarissimes; les rééducateurs quelques dizaines quand il en faudrait 2.000; les places d'internat, 300 pour 18.000 I.M.C. d'âge scolaire. Aussi les listes d'attente sont-elles longues, si bien que les centres ne doivent à aucun prix accepter des I.M.C. "irrécupérables". (sauf pendant les vacances).

En effet se dresse la limite théorique d'un Q.I. de 0,70 au moins, sans compter l'adjonction d'autres troubles. Comme il est parfois difficile à établir (grands athétosiques par exemple, pouvant avoir une intelligence parfaitement normale) TARDIEU & GROSSIORD estiment raisonnable d'abaisser cette barrière Anglo-Saxonne et de prendre à l'essai pour quelques mois les cas douteux ou limite. Ils agissent de même devant les troubles neurologiques graves. En définitive, 3 I.M.C à Q.I. normal sont justiciables de ré-éducation motrice, pour 1 arriéré.

Les traitements sont ambulatoires ou de longue durée; dans ces cas spécialement, il faut conserver des liens très étroits avec la famille. Le rééducateur joue un rôle capital par sa personnalité propre (groupes familiaux sous la direction d'une éducatrice "mère de famille"), car la compréhension des parents, la coopération de l'enfant, sont indispensables. (I)

Note (I): Dans le cas des paraplégies (à Q.I. souvent normal) le problème est compliqué par les troubles sphinctériens, terriblement ressentis, et, à la puberté, par l'impuissance humiliante et inévitable. Plus que d'autres ils ont besoin d'un soutien

psychothérapique. Un effort est entrepris dans ce sens: il a été créé un service de psychologie, au Centre de Ré-éducation Motrice de Fontainebleau.

A partir de 3 ans, la kinésithérapie cherche à procurer le contrôle des mouvements volontaires: mobilisation passive, activo-passive, enfin active, la relaxation demeurant primordiale chez les hypertoniques et athétosiques. L'utilisation de barres, d'engins divers, parfois le port d'appareils est indispensable. L'occupational therapy complète l'apprentissage des gestes courants.

Par ces moyens, sans attendre la guérison totale de lésions irréversibles, on développera des suppléances, permettant une lente adaptation fonctionnelle et une récupération sociale plus ou moins complète (scolarité et formation professionnelle). En effet, pour l'acquisition d'un métier, une bonne motricité est probablement encore plus utile qu'un Q.I. élevé. "Il est plus facile de placer un sujet indépendant mais au niveau intellectuel insuffisant, qu'un sujet intelligent qui ne peut se déplacer" (BIARDEAU)

Mais tous les problèmes ne sont pas résolus; les 2/3 des I.M.C. n'obtiendront pas de diplôme... en grande partie, parce qu'il y a peu de centres permettant une scolarité normale; d'autre part, "Continuer à ré-éduquer des enfants et ne pas prévoir d'ateliers protégés est plus qu'absurde. C'est une mauvaise action. Il est parfaitement réalisable de demander un travail à nombre d'entre eux, à condition qu'ils vivent en communauté" (TARDIEU) 60% des ré-éduqués parviennent à une certaine indépendance, travaillent, mais un effort considérable reste à faire.

C/ LES EPILEPTIQUES:

En principe moins frappés, ils sont cependant souvent plus mal lotis (en Angleterre il existe nombre d'I.M.P. pour eux). L'idéal serait d'intégrer l'enfant épileptique, quand c'est possible, dans un groupe d'enfants normaux de même âge (à condition qu'il ait peu de troubles du comportement), au lieu de le considérer comme un paria, attitude historique trop constante. Aussi faut-il souvent envisager son placement spécialisé, pis aller sans doute, mais qui permet une instruction normale.

L'épileptique dit "inéduable" peut être utilisable pour des besognes simples et sans danger permettant une autonomie sociale partielle. L'épileptique avec troubles du comportement s'amende souvent en I.M.P. (à l'exclusion sans doute des pervers instinctifs qui relèvent de l'internement.)

Or, trop souvent, les comitiaux, même intelligents, aboutissent dans les hôpitaux ordinaires comme malades aigus - dans les hôpitaux psychiâtriques (lorsqu'ils ont des troubles mentaux, au titre de la Loi de 1838), - dans le quartier annexe pour sains d'esprit de certains asiles, mais ils sont mêlés aux autres durant les travaux quotidiens, - enfin, dans divers établissements publics ou privés, mêlés aux débiles... Encore, certains Hospices n'acceptent-ils pas les épileptiques.

Car en France, les I.M.P. spécialisés pour eux n'existent guère qu'à l'état de prototype: 400 lits pour enfants entre 3 et 18 ans !

Un seul établissement reçoit avant 6 ans, cinq seulement de 6 à 14 ans (dont aucun ne prend d'enfants à Q.I. inférieur à 0,60) trois au-dessus de 14 ans, avec formation professionnelle pour adolescents de niveau suffisant.

Certains débiles semi-éducables y sont cependant parfois acceptés, mais trop peu ; et les établissements, même non spécialisés acceptant les grands débiles épileptiques sont rares, et leur roulement restreint. Si bien que les grands débiles convulsifs, refusés partout, constituent la plus lourde charge des Services Sociaux.

D/ QUANT AUX I.M.P. POUR CARACTERIELS:

recevant essentiellement des enfants d'intelligence suffisante, ils n'intéressent pas nos débiles.

Cette brève revue des thérapeutiques ré-éducatives pour certaines catégories d'encéphalopathes, montre déjà leur caractère fragmentaire, l'insuffisance numérique des centres, la difficulté d'y placer ces enfants. Et cependant, il ne s'agit là que des moins atteints.

Les couleurs deviendront plus noires, le problème plus ardu, en abordant le placement des débiles mentaux.

TROISIEME PARTIE

PLACEMENT ET UTILISATION .

CHAPITRE I/ LEGISLATION :

I/ L'AIDE SOCIALE:

Se concrétise par le décret du 29 Novembre 1953 codifiant l'aide médicale sociale aux infirmes et grands infirmes en reprenant les dispositions des lois de 1893 sur l'A.M.G. - du 14 Juillet 1905 (aide financière aux enfants infirmes) -loi N° 1094 du 2 Août 1949 (Loi CORDONNIER: protection des aveugles et grands infirmes de 80% au moins d'incapacité permanente).

Le code de l'assistance, reprenant la Loi CORDONNIER comporte des mesures pour les infirmes de moins de 15 ans, prévoyant leur déclaration obligatoire. Il permet d'octroyer des allocations d'assistance , et dispose que l'enfant bénéficiera d'une éducation spécialisée et d'une formation professionnelle. (I)

Note (I) Le décret du 6 Janvier 1959, portant Réforme de l'Enseignement Public prévoit la création d'établissements spécialisés pour tous les enfants inadaptés

La déclaration, faite à la Mairie de résidence doit être accompagnée d'une demande de carte d'invalidité, voire d'une demande d'allocation justifiée par certificat médical, indiquant les soins, le régime d'instruction, ou le placement dont l'enfant doit bénéficier; ce dernier est effectué après examen dans un centre spécialisé agréé. Le Directeur départemental de la Main-d'Oeuvre doit prêter son concours à l'établissement en vue d'effectuer le placement des intéressés à leur sortie.

II/ SECURITE SOCIALE:

L'infirmes ayant moins de 20 ans peut être pris en charge au titre d'ayant droit (s'il n'est pas salarié, cas habituel).

Il peut prétendre aux prestations "maladie" et "longue maladie" et, plus âgé, aux prestations familiales. L'article 71 du règlement intérieur des Caisses Primaires permet d'accorder les prestations de l'assurance-maladie aux infirmes à la charge des assurés, quel que soit leur âge, sur le compte des prestations supplémentaires (arrêté du 22 Juillet 1954), celles-ci pouvant excéder 3 ans si l'infirmes est en traitement de ré-éducation fonctionnelle dans un établissement agréé

Enfin, les frais d'éducation et de ré-éducation peuvent être pris en charge:

- soit par l'Aide médicale (Loi du 5 Juillet 1944)
- soit en vertu de l'Aide Sociale aux aveugles et grands infirmes (Loi CORDONNIER)
- soit par la Sécurité Sociale (décret N° 179 du 20 Novembre 1945 modifié par le décret N° 1.082 du 14 Juin 1947).

CHAPITRE II: PLACEMENT DES DEBILES LEGERES:

Cette législation en faveur des arriérés, et, plus globalement, des inadaptés, est donc confuse, incoordonnée, et insuffisante. Nous laissons de côté la délinquance, qui ne nous concerne pas (le débile profond étant perpétuellement surveillé et peu susceptible d'une évolution criminogène, - à supposer même qu'il en ait les moyens)

Nous avons déjà évoqué les placements pour infirmes sensoriels et moteurs, épileptiques, caractériels.

POUR LES DEBILES LEGERES:

Il convient de les mettre, après entente avec l'Ecole dans une classe dite "de perfectionnement"; elles sont de plus en plus nombreuses, donnent d'excellents résultats chez les petits malades. (Loi de 1909, insuffisante de par son caractère facultatif).

Il existe d'autre part des I.M.P. pour débilés légers: ce sont les plus nombreux des I.M.P. En effet, la scolarité est relativement facile (Q.I. 0,65 à 0,80)-pratiquement, celle d'une classe de perfectionnement avec méthodes spéciales: images, enseignement concret, 20 par classe, récréations nombreuses, jeux et loisirs éducatifs. Les éducateurs président aux activités "viscérales", mais aussi à celles de groupe. Les techniques

manuelles sont fréquemment abordées, et au delà de 14 ans, il s'agit d'un véritable apprentissage: horticulture, vannerie, serrurerie, menuiserie, maçonnerie; reliure, couture, activités ménagères. Si leur nombre était suffisant, ces I.M.P. seraient plus spécialement indiqués pour les débiles caractériels, inadaptables en classes de perfectionnement.

En résumé, les débiles légers se voient inculquer un minimum scolaire et sont habituellement aiguillés vers un apprentissage manuel où joue un rôle capital la ré-éducation gestuelle et rythmique.

Mais, après ceux-ci reste le grave, le difficile problème des débiles moyens, et surtout des débiles profonds. Ils ne sont pas complètement démunis.

CHAPITRE III: CE QUI EXISTE ACTUELLEMENT POUR LES I.C.G.

Leur placement doit être envisagé en fonction de l'avenir car la notion classique de fixité du Q.I. (hormis les cas rares d'affections dégénératives) entraîne l'espoir -et la limite - d'une amélioration jusqu'à 3, 4, 5, ans d'âge mental. Chiffres optimistes, car les troubles associés, l'absence de jugement, laisseront ces enfants à tout instant capables d'actes dangereux, surtout pour eux. Et ce niveau, pour être atteint, réclame un minimum de soins, faute de quoi l'hospitalisme étendra son voile opaque sur la petite étincelle subsistant encore en eux.

Du point de vue moteur, les grabataires intégraux seront rares; la majorité pourra sans doute apprendre à s'asseoir, à se tenir, à marcher et à manger sans aide; enfin, à être propre. Ceci, à la faveur d'un nursing attentif, patient, et quasi maternel, fait de soins très simples, massages, bains, déclenchement et coordination de gestes élémentaires indéfiniment répétés selon chaque cas. C'est ainsi qu'à Saint-Vincent de Paul, l'infirmière chargée des soins aux débiles réussit souvent à les éveiller du point de vue moteur - non point du fait d'une éducation spécialisée - mais parce qu'elle y apporte tout son coeur. Et l'on assiste parfois dans la salle aux premiers pas titubants d'un oligophrène apparemment promis au grabat à perpétuité.

Nous estimons qu'un espoir d'amélioration reste presque toujours permis, pourvu que quelqu'un sache le faire éclore. C'est pourquoi l'enfant dans sa famille représente théoriquement la meilleure solution.

I/ L'ENFANT DANS SA FAMILLE:

Qui, mieux que la mère, saurait favoriser cet éveil ? Mais nous avons déjà vu à quels ecueils, voire le plus souvent à quelles impossibilités on se heurte, et quels dangers cela implique pour la cellule familiale.

La multiplication des haltes-garderies pour infirmes ou arriérés, recevant des anormaux une ou plusieurs demi-journées par semaine, pourrait soulager au moins un temps la mère, surtout si l'on y adjoignait un service de ramassage à domicile. Mais, comme les garderies pour arriérés de 2 à 6 ans, ces haltes sont actuellement exceptionnelles.

II/ LE PLACEMENT FAMILIAL :

Serait un succédané ne comportant plus la charge honteuse de cette paternité. Il s'agit de ménages, ou de femmes seules assez âgées, de région agricole pauvre: le besoin explique cette répartition. Mais il faudra une nourrice solide et affectionnée, pour apporter à cet être, souvent répugnant, sans espoir de contre-partie bien satisfaisante, un nursing allant au-delà de ses besoins viscéraux et susceptible d'engendrer un certain épanouissement, au moins noteur. Ne se découragera-t-elle pas du résultat minime ?

En outre, la surveillance médico-pédagogique d'un tel placement isolé s'avère difficile. Elle a cependant pu être réalisée par le médecin des Agences, et les tournées des psychologues de Saint-Vincent de Paul.

Une autre difficulté surgit: cette solution ne peut être que temporaire, les nourrices âgées peuvent disparaître, et l'enfant ou l'adolescent se retrouver abandonné (hypothèse douloureuse qui hante souvent les parents: " Que deviendra-t-il quand nous ne serons plus ? "). Enfin, ce genre de placement n'est peut être pas à conseiller, les agences étant, de fondation, destinées aux pupilles normaux. La présence d'encéphalopathes les déconsidérerait dans l'esprit du public, et c'est pour un résultat maigre, sinon hypothétique que le bénéfice précieux d'une nourrice serait ôté à des enfants hypotrophiques ou atteints d'hospitalisme. Cette solution, rarement réalisable, ne serait donc qu'un pis aller.

III/ L'ADOPTION :

Si paradoxal qu'il paraisse, il faut l'évoquer. L'Assistance veille à ce qu'il n'y ait pas de risques de confier à des parents adoptifs un enfant arriéré ou susceptible de le devenir. Mais cela n'est-il pas possible en dépit de ce luxe de précautions ?

Et d'autre part certains, -ils existent - réclament "un petit arriéré". Faut-il le leur refuser ? refuser à ce déshérités une chance peut-être unique ? Nous pensons que oui; une telle vocation de martyr n'est peut-être pas le fait d'un esprit totalement équilibré, et le plus souvent se solderait par un échec bilatéral, et une rupture du couple. (nous pourrions citer le cas de telle star qui, ayant adopté un oligophrène a préféré détruire son foyer et se confier elle-même à l'Hôpital psychiatrique plutôt que de l'abandonner)

IV/ LES INSTITUTS MEDICO-PEDAGOGIQUES:

A/ IL EN EXISTE POUR DEBILES MOYENS ET PROFONDS,

mais en nombre insuffisant, où s'insèrent la ré-éducation motrice et aussi rythmique (surtout chez les instables) La plupart participent des principes de DECROLY:

1. Traitement éducatif précoce
2. Enseignement individualisé
3. Liberté d'action de l'enfant développée au maximum
4. Utiliser ses désirs comme leviers de l'activité
5. Mise en contact avec la réalité
6. Enseignement utilitaire
7. Enseignement au ralenti
8. Eviter un enseignement trop verbal
- 9.-10.....(sans intérêt pour nous)
- II. Importance des activités pratiques
12. Exprimer l'idée par le dessin, le modelage, le cartonnage.

Cet enseignement concret et individuel sera toujours associé à une gymnastique bien agencée.

L'arriéré peut espérer y acquérir au maximum quelques éléments (scolaires s'il s'agit d'un débile moyen) ; des notions sur les formes, les objets, les couleurs, s'il s'agit d'un débile profond -et encore- ! Les progrès y seront bien lents bien rares . Pourtant, de nombreux enfants en seront justiciables: trop atteints pour l'I.M.P. de dévils légers, pas assez pour un placement asilaire, ce qui les remet souvent, faute de place dans l'I.M.P. convenable, à la charge des parents. Ceux-ci s'évertueront plus ou moins vainement, s'ils en ont les moyens, à les faire débrouiller dans de petits cours privés ou à domicile.

B/ C'EST AINSI QUE POUR LES MONGOLIENS il n'existe pas d'Institut réellement spécialisé, quoique beaucoup soient éducatibles.

Evoquons le problème, bien étudié par KOLHER & LECUYER. Les uns sont en asile, d'autres en I.M.P., certains en I.M.P. demi-externat. D'autre part le plan Lyonnais a adopté la conception de maisons d'accueil et d'ateliers protégés. Ceux de Q.I.

supérieur à 0,35 peuvent travailler , et pour les autres, c'est moins le niveau intellectuel que l'hypotonie et les troubles caractériels considérables qui constituent un handicap invincible. Ils placent des roues sur les essieux de petites autos , - et même s'y intéressent - ; mais leur apprentissage est plus long que pour les autres encéphalopathes.

En tout cas, l'épreuve d'entrée en demi internat est d'autant mieux résolue qu'elle n'est pas réalisée trop jeune; l'adaptation y est alors facile, et le comportement de ces tyrannaux s'améliore. La rééducation doit donc être commencée tôt , chez les parents, 5 ans paraissant l'âge idéal. Après 8 ans, il est pratiquement trop tard pour espérer un résultat valable.

POUR RESUMER:

Avant 5 ans, l'enfant devrait être élevé dans sa famille; entre 5 et 10 ans , l'internat serait préférable seulement si la famille est incapable ou nocive, indifférente ou anxieuse. L'établissement ne sera salubre en outre qu'à la condition de posséder un personnel suffisant pour organiser de petits groupes de 8 à 10 avec une "mère de famille".

Après 10 ans, l'internat , dans ces conditions est plus satisfaisant , mais beaucoup n'acceptent le mongolien que déjà rééduqué pendant au moins deux ans (on estime nécessaires 6 ans au moins de rééducation)

Après 15 ans, il n'y a aucun établissement spécialisé; ils seraient pourtant d'importance capitale pour ne pas perdre l'acquis. Au minimum, l'utilisation comme domestique dans un hospice ou une ferme économiserait plus d'argent que n'en coûte le placement asilaire, et l'adolescent plus heureux dans ce cadre. Aussi, actuellement, les mongoliens de famille aisée sont-ils les moins heureux, parce qu'inadaptés et relativement conscients de leur mongolisme.

Nous nous sommes étendus longuement sur ce problème du fait des espoirs de perfectibilité que permettent les mongoliens, et de leur nombre considérable (20.000 en France) , dû à l'augmentation de leur longévité.

C/ LISTE DES PRINCIPAUX ETABLISSEMENTS DE LA SEINE RECEVANT DES DEBILES PROFONDS (Voir le tableau I5)

Lecture débilante à plus d'un titre: ils sont trop, et il y en a trop peu. Qu'il n'y ait pas moins de 14 établissements de ce genre souligne leur utilité; mais, d'après le nombre de lits, on est très loin de ce que nécessiterait la région parisienne.

D'autre part, en se rapportant à la liste de toutes les maisons pour débilés, on se rend compte que bien peu acceptent

TABLEAU I5:

SIGLES : E= externat I= internat G=garçons F=filles A=ans
 D,DP,DM,DL =débile profond, moyen, léger.
 Ed, Semi-ed = éduicable, semi-éduicable

PARIS:

II° Externat médico-pédagogique 50 Rue Sainte Anne

E. privé G F de 6 à 11 ans

DP, mongoliens et divers, service spécialisé
 pour mongoliens à partir de 2 ans.

V° Cours M. Chanal 131 Boulevard Saint-Michel

E. et $\frac{1}{2}$ pension privés G F de 4 ans à l'âge adulte

D éduicables et semi-ed. Q.I. supérieur
 à 0,45. Mongoliens instables, rééducation
 par petits groupes. Leçons particulières
 pour inéduicables et Q.I. inférieur à 0,45

VIII° Centre Médico-pédagogique du Dr Hoffer 53 Rue Rocher

E. laïc I20 G F de 2 ans $\frac{1}{2}$ à 15 ans

DP, DM, DL Q.I. supérieur à 0,55
 (SS,AMG, SNCF,RATP,AP 99NF par mois)

XVII° Ecole Nationale de Perfectionnement 32 Cité des fleurs

E. d'Etat F. de 14 à 16 ans

Q.I. supérieur à 0,60 cartonnage,
 houpettes, jouets.

SEINE:

BONNEUIL 6 Rue Désiré Dantier

I.G. de 14 à 18 ans

DP et semi-ed Q.I. de 0,50 à 0,60
 enseignement général et professionnel

GENTILLY: IMP VALLEE, 7 Rue Benserade

dépend de la Préfecture de la Seine et de
 l'AP

254 F. de 3 à 16 ans

Débiles mentales mongoliennes (SS.AM)

Saint MAUR:Maison Saint-François 1 Impasse de l'Abbaye

I. privé Franciscaines 50 F. de plus de 6 ans

DP épileptiques, mongoliennes (SS AM)

SEINE ET MARNE:

LA FERTE SOUS JOUARRE:Assistance familiale Saint Michel

95 Rue de RUEIL.

I. privé laïc 25 G.

D semi ed. mongoliens Q.I. supérieur à

0,25 , épileptiques, énurétiques 300NF/mois

VILBERT : La Glanée, route de Bernay

I. privé, 24 F. de 14 à 25 ans

D. semi-ed. (Q.I. de 0,35 à 0,60)

SEINE ET OISE:

CHAMARANDE: Etablissement National de Bienfaisance Koenigsworter
Château de Gillevoisin

I. public laïc, dépend de la Santé Publique

D. éduc. semi-éduc. (Q.I de 0,50 à 0,75)

Enseignement général, formation professionnelle
(horticulture, agriculture) 18,15 NF / jour

SS, AM, SNCF, OPHS, AS, Mutualité Agricole.

EPINAY: Hôpital psychiatrique de PERRAY-VAUCLUSE

I. public 533 G. de 4 à 18 ans

DP, en section séparée des DM et DL
(ceux-ci non séparés les uns des autres)
Réservé à Paris et à la Seine

ERMONT: Maison Turpin 105 Rue du 18 Juin

F. de 1 à 14 ans

DP: (AM, OPHS)

MILLON LA CHAPELLE Château de Vert-Coeur

I. 40 F. de plus de 14 ans

DP (AM, Fondation De Gaulle)

PLAISIR: Asile Départemental des petits prés

I. public G.

DP.

des débiles profonds, que l'étalonnage du débile profond varie d'un centre à l'autre, et que le plus souvent, on ne le prend qu'au-dessus d'un certain Q.I.

On se rend compte aussi des difficultés pour placer un enfant de 4 à 5 ans (pourtant, hormis pour les mongoliens, le plus tôt serait le mieux) et, même au-delà, combien longue sera l'attente !

Enfin, c'est l'initiative privée qui est à l'origine de ces maisons - ou du plus grand nombre d'entre elles - ce qui explique en définitive leur rareté, comme celle d'ailleurs, des autres centres d'handicapés. Les notions classiques d'irrécupérabilité et le refus de prise en charge par les organismes payants, le fréquent désintérêt du Ministère de la Santé ne laissent pas de jouer un rôle dans cette situation défavorisée qu'occupe notre pays.

V/ L'ASILE:

Reste donc, pour l'instant, cette solution de facilité, avec son apparente simplicité administrative: admission dans les Services Spéciaux des Hôpitaux Psychiâtriques consacrés aux sujets imperfectibles et inéducables (Article 8 de la Loi de 1838), par certificat d'internement. Encore, dans certains départements (pas la Seine), ce placement, volontaire et théoriquement gratuit n'était admis qu'à la condition que la famille paie ! Ceci ne joue guère.

L'article 8 de la Loi de 1838 réglemente le placement volontaire; les articles 18 et 19, le placement d'office. Mais certains asiles refusent ces arriérés ou surtout, ne les admettent pas avant un certain âge (4 à 5 ans), une longue attente, et le passage par un Centre (Sainte-Anne)

7.000 enfants sont actuellement internés dans les annexes des Hôpitaux psychiâtriques. Plus du quart n'est pas irrécupérable, et, même pour les autres, ce placement comporte peut-être le maximum d'inconvénients: l'enfant, moins malade mental qu'infirmes, est sacrifié.

Pour les moins valides, le lit à perpétuité; pour les autres, quelques récréations avec des retardés aussi atteints qu'eux, sans possibilité de soins nourriciers individuels: c'est donc la condamnation à tout jamais. La perte de l'agressivité initiale se compense par une inertie psychique totale, aux mesures de ce monde replié sur soi. L'encasernement à vie, l'absence de liberté, permettra sans problème le passage à l'asile d'adultes d'un robot déshumanisé, sans âme.

Et puis, cette solution coûteuse, de rendement nul, est insuffisante, d'autant plus que la tolérance à l'anormal est moindre à Paris qu'en province: depuis trois ans se sont ouvertes des annexes à Bicêtre, à Perray-Vaucluse; elles ont été immédiatement saturées, et le placement reste toujours aussi difficile. Toute solution non indéfiniment extensible n'est pas viable. L'asile, voie sans issue, sans portes de sortie est automatiquement rempli, et de plus en plus vite, puisque chaque année, la survie des débiles constitue la rançon des progrès médicaux.

VI/ L'HOPITAL:

Cependant, cet abandon à l'asile, ou, pis encore, dans une salle d'hôpital est actuellement le plus fréquent. Cette dernière éventualité résulte du fait que les centres particuliers prévus dans les asiles n'existent pas en assez grand nombre, et l'Assistance Publique, dont ce n'est pas le rôle, est obligée de garder de nombreux débiles. Par quel mécanisme ?

A/ NOUS AVONS ETUDIE LE MODE D'ADMISSION A L'AIDE A L'ENFANCE
A SAINT-VINCENT DE PAUL.

Voici quelques exemples parmi ceux dont nous avons
eu la "chance" de retrouver les antécédents sociaux.

TABLEAU I6:

SIGLES : + + + : Marche, Mange, est propre
- - - : ne marche pas, ne mange pas, n'est pas propre.

I. CHA. Marie-Thérèse:

idiote, hypotonique , - - -
père éthylique

consulte à I6 mois

2. LAM. Olivier:

Phényl cétonurie, père fabulateur
hospitalisé à 6 mois pour pneumonie dont il
est mort

7. REM. Chérif:

imbécile profond malgré un aspect assez intelligent
+- + + . Père Nord Africain, chômeur, mère internée
logement exigü, I pièce pour 7
dépôt à 4 ans (mère internée)

II. HAB. Monique:

débile moyenne sans troubles moteurs, comitiale + + +
parents débiles. La nourrice n'a plus voulu garder l'enfant,
agité, puis la mère a pris un ami qui maltraite l'enfant
d'où dépôt à 4 ans
Après des velléités de quitter son ami, elle n'est plus
venue voir sa fille.

I7. VER. Janine:

idiote, quadriplégie spasmodique - - -
mère en préventorium
exeat des E.M. à 4 ans

I8. COU. Patrick:

ictère nucléaire, mère débile, sans ressources
d'où dépôt à I mois
a eu 4 copulateurs différents (esquisse et première
approximation du problème de la maternité chez les
débiles)
enfant mort à 4 mois de fibrose kystique
du pancréas.

2I. POM. Christiane :

idiote - - - Les parents ne sont plus venus la voir
dépôt à 7 ans $\frac{1}{2}$

26. POL. Lucien:

idiot, quadriplégie spasmodique - - - mère malade
dépôt à 4 ans

27. FOU. Madeleine:
 idiote, soins excellents dans sa famille, mieux traitée
 que ses frères normaux
 hospitalisée à 1 an pour OAP dont elle est
 morte.
35. CHE. Monique:
 idiote amaurotique, luxation de la hanche - - -
 opération de la mère
 d'où dépôt à 1 mois
 reprise par la mère, puis retard décelé,
 d'où nouveau dépôt à 16 mois.
37. CUR. Carmeline:
 idiote, hypotonique - - - à l'âge de 8 ans, les parents
 ignoraient tout d'elle
 dépôt à 2 ans $\frac{1}{2}$
38. MAD. Bernadette:
 intelligence normale, IMC Mère malade, épileptique
 d'où dépôt à 1 an $\frac{1}{2}$
 reprise par la mère à 4 ans
41. PER. Evelynne:
 idiote, hypotonique, aveugle - - - Nombreux idiots et
 alcooliques. Les parents, séparés, ne viennent plus
 la voir; on ne peut joindre la mère
 dépôt à 2 ans
49. SIM. Jacques:
 idiot, paraplégie spasmodique - - -
 mère seule, n'est plus venue voir son fils
 dépôt à 3 ans ; mort à 4 ans
55. LOU. Patrice:
 débile, hémiplégique, comitial + + +
 dépôt à 1 an
 repris, puis sa mère devient tuberculeuse
 nouveau dépôt à 7 ans
59. WIG. Serge:
 idiot, quadriplégie spasmodique, aveugle - - -
 dépôt à 6 ans.
- ETC.....

Cette étude fut peut-être parmi les plus pénibles de notre enquête. En effet, souvent, la famille ne laisse son enfant qu'assez tard "à bout de souffle", moins par un égoïsme bien compréhensible que pour une impossibilité physique (enfant devenu trop lourd à porter) ou économique (et, même là, la tolérance des parents est étonnante: le point de rupture n'est atteint qu'à la dernière extrémité).

Le dépôt s'effectue de la façon suivante: hospitalisation pour bilan; hospitalisations réitérées pour nouveaux bilans,

ou affections intercurrentes. Le soulagement plus ou moins avoué est tel qu'un jour la famille ne reprend plus l'enfant. Et c'est le point le plus terrible: à partir de ce moment, non seulement l'enfant n'est pas repris, mais le plus souvent, les parents ne viennent plus le voir, ne se préoccupent plus de lui, littéralement, l'oublient.

Souvent aussi, c'est à la faveur d'une maladie de la mère, d'une grossesse. Qui, voisins ou famille, accepterait un tel poids, quand les proches, voire le conjoint, ont fui la malédiction? Là, souvent encore, la famille s'est désagrégée, ce qui explique la rareté des renseignements d'ordre sociologique. Une fois sur quatre en moyenne, nous n'avons pu en obtenir aucun.

B/ QUOI QU'IL EN SOIT, VOICI L'ENFANT EN SALLE, ET QUI Y RESTE:

Parfois, l'Assistante Sociale trouve un lointain asile, une nourrice pour quelques années (La Maison de l'Enfance à Orléans a accepté quelques infirmes mais, à 6 ans, en l'absence d'un placement asilaire définitif, l'enfant nous est rendu. C'est le cas habituel). Le plus souvent, rien ne peut être fait et, après deux exeat aussi impératifs qu'inefficaces, c'est l'envoi au Dépôt de l'A.P.

Le plus souvent, les débiles y arrivent directement. 4 fois sur 5 il s'agit d'un dépôt; 1 fois sur 5 d'un exeat; les cas d'"enfants abandonnés" (entendons abandonnés en vertu de leur arriération) sont rarissimes. Le temps n'est plus, où l'on déposait Quasimodo "sur le bois de lit scellé dans le Parvis (de Notre-Dame) à main gauche"

Au Dépôt, le tiers de ces enfants resteront dans les Foyers ou les annexes, aucune Agence ne voulant s'en charger; ce qui, au demeurant, n'est pas souhaitable. Ces petits malheureux "volent" des heures précieuses à un personnel dévoué mais déjà surchargé qui, en les aidant, en les protégeant, en essayant de les débrouiller, est obligé de délaisser les normaux.

Aussi, la majorité est hospitalisée dans les salles où sont admis les enfants venus des Dépôts, des Agences; sur 74 lits y étant affectés, la moitié ou plus sont en permanence occupés par des infirmes cérébraux graves de I à 15 ans. Et, un enfant normal, brusquement séparé des siens qui, en règle ne viennent pas le voir, (car, s'il est recueilli temporaire c'est en vertu de graves difficultés familiales), de surcroît malade, inquiet, tombe dans une apocalypse: au lieu du réconfort de cette rapide camaraderie de lit, ce ne sont de tous côtés que visages inertes ou grimaçants, sans sourires, ni communication, qu'onomatopées incompréhensibles. Le traumatisme psychique est effroyable; de plus, l'agitation, les cris, l'odeur excrémentielle des débiles perturbent le repos

chassent le sommeil et l'oubli qui l'accompagne. Certes, au dessous d'un an, la situation est moins terrible, les arriérés sont plus facilement confiés à des parents et leur nombre est plus restreint dans nos lits.

C/ C'EST DONC AU-DELA DE CET AGE QU'UNE SOLUTION S'IMPOSE:

car son absence engendre chaque jour un double crime: elle perpétue chez les infirmes le néant intellectuel; elle crée chez les normaux les conditions les plus propices à l'éclosion d'un hospitalisme gravissime auquel ne les prédisposent que trop déjà les circonstances pénibles de leur dépôt.

Crime le mot est cruel; injuste même car l'AP n'est pas responsable, son rôle n'est pas de s'occuper de ces enfants et le problème, administrativement, la dépasse. Cependant, ses traditions, l'humanité de ses Médecins, de son Personnel savent interpréter les règlements. Mais cette générosité qui, en définitive ressemble fort à une mauvaise action est invraisemblablement dispendieuse: rien qu'à Saint-Vincent de Paul, ces hospitalisations abusives entraînent par an une dépense de six cent mille nouveaux francs, avec des résultats catastrophiques pour la santé mentale, tant des débiles, que de leurs voisins normaux.

Cette solution illogique, trop souvent rencontrée, est sans doute la pire de toutes et, s'il n'est pas excessif de parler de scandale à son sujet, ce scandale devrait cesser.

Une demi-solution serait d'accroître le nombre des I.M.P. mais, outre qu'ils ne sont pas indéfiniment extensibles, beaucoup d'enfants sont trop atteints pour eux, d'autres seront insuffisamment débrouillés à leur sortie pour espérer bénéficier d'un reclassement professionnel, et l'on retournera dans une voie sans issue.

CHAPITRE IV : QUE PEUT-ON ESPERER:

A/ UNE SOLUTION EST ACTUELLEMENT ENVISAGEE:

Prévoir, dans une région agricole, un ensemble comprenant plusieurs sortes de placements:

1°/ Des placements familiaux pour les enfants peu touchés du point de vue moteur, à qui l'on pourrait apprendre une certaine coopération aux travaux les plus simples de la ferme. A la rigueur, certains grabataires pourraient en bénéficier, s'il se trouve assez d'affection pour les entourer,

leur enseigner à se servir de leurs mains, à manger, les sortir. Il faudrait bien se résoudre, en cas d'échec à les réintégrer dans le croupissement de l'Asile Régional ou Départemental.

2°/ Pour les non grabataires mais porteurs de troubles moteurs importants, des groupements de 10 à 12 enfants, en maisons séparées, sous l'égide d'une monitrice assistée de nourrices. Des moniteurs complèteraient le traitement: promenade, jeux, apprentissage gestuel élémentaire dans le cadre décent de cet univers non concentrationnaire.

Si les progrès sont suffisants, il faudra envisager pour l'avenir:

= des ateliers protégés, avec un bon encadrement, du type de ceux existant aux Pays-Bas depuis 30 ans. De toute façon, ces enfants n'auront pas une autonomie réelle; une communauté importante les étoufferait rapidement s'ils échappaient à une surveillance individuelle.

= ceux moins améliorés resteraient dans le groupement dont il conviendrait de renforcer l'encadrement à mesure qu'ils atteindraient l'adolescence, puis l'âge adulte. Ils pourraient s'occuper au moins à quelques travaux simples sous la direction des moniteurs.

= dans les meilleurs cas on arriverait à une autonomie valable sous réserve, toujours, de surveillance: de petits travaux en placement familial (berger, valet de ferme) dans une région d'agriculture peu compliquée pourrait^{en} leur être confiés

B/ DIVERS PROBLEMES SE POSENT:

1°/ Sur le plan local et sociologique: nécessité d'une région à cultures simples, non spécialisées, d'une région pauvre possédant ainsi une main d'oeuvre peu occupée, suffisante pour s'occuper de ce genre d'élevage; limitation tout de même, du nombre d'infirmités à absorber par la région afin que, grandissant et s'améliorant ils ne risquent pas de bouleverser son aspect - non point tant en enlevant le travail aux allogènes, mais éventuellement en surpeuplant un pays pauvre, (I) ou en dépassant ses capacités à fournir des cadres, peut-être en défigurant son niveau mental, sinon moral (I)..... Car le danger pour la Société est moins grand qu'on ne le dit. Un arriéré est parfois capable d'être un délinquant, mais les grands délinquants ne sont jamais de grands arriérés. Un problème se poserait: celui des maternités illégitimes (voir plus loin)

Note (I): Nous étudions plus loin la question de leur retentissement éventuel sur la région.

2°/ Sur le plan technique:

- il faudrait une équipe de moniteurs dévoués pour enseigner aux nourrices des gestes indispensables et pour orienter les activités des débilés.
- il serait nécessaire que le Directeur de la fondation sache communiquer à ses aides une ardeur et une foi jamais découragées devant la modicité des résultats.
- qu'un médecin-psychiatre l'assiste - car la tâche serait lourde pour un seul homme - , donne des conseils médico-pédagogiques, suive les enfants et leurs progrès, éventuellement, les fasse changer d'équipe, fasse hospitaliser les agités (ceci, en liaison avec le Directeur de l'Asile Départemental)

3°/ Enfin, cette solution réclamerait un appui financier, une mise de fonds annuelle de l'ordre de trois cent mille nouveaux francs pendant quelques années..... chiffre important, mais cependant inférieur de moitié au prix des journées perdues par an , par hospitalisation abusive à Saint-Vincent de Paul. Elle serait donc immédiatement rentable; l'amortissement serait rapidement réalisé; peut-être même, les petits travaux que pourraient effectuer les enfants y contribueraient-ils... dans une proportion certes minime !

C/ CETTE SOLUTION pour n'être pas encore l'idéal semble du moins

à ce jour la seule qui tienne compte de la valeur humaine des débilés profonds; permettant d'améliorer leur sort , d'éviter le néant de l'asile. Elle est surtout la seule possible, par sa relative simplicité, sur le plan pratique et financier.

Elle existe d'ailleurs, au moins à l'état d'ébauche.

CHAPITRE V : VISITE AU CLOS DU NID:

I/ LE CLOS DU NID :

C'est pour juger sur pièces que nous nous sommes rendus à l'I.M.P. "Le Clos du Nid" situé près de Grèzes , à 6 km. de Marvejols , en Lozère. Nous tenons tout spécialement à remercier Monsieur l'Abbé OZIOL Directeur-Fondateur de l'amabilité de son accueil et de la clarté de son exposé. L'essentiel de ce chapitre en provient.

A/ CONDITIONS D'ADMISSION:

1°/ Le Clos du Nid a passé des conventions avec différents organismes:

-l'Assistance Publique (par l'intermédiaire du Professeur LELONG) dont la subvention devient de plus en plus importante.

- la Sécurité sociale militaire , qui a fait construire un pavillon de 60 lits

-la S.N.C.F.

-la Caisse des Cadres

D'autres propositions de conventions ont dû être refusées, la maison ayant acquis un fonds de roulement suffisant ... à l'encontre de débuts nécessaires !

2°/ Les places:

200 au clos du Nid

60 à Saint Germain du Theil (annexe pour idiots)

40 aux ateliers de Pailleret.

Les enfants viennent de toute la France, un certain nombre de Lozère, relativement peu en fait , les campagnards gardant leurs débilés plus volontiers et avec moins de difficultés que les citadins. Certains sont des étrangers: Tunisie, Italie.

Mais, si 300 dossiers sont en instance d'admission, 4.000 ont dû être refusés. La maison ne peut recevoir actuellement que 15 à 25 enfants par an.

Le problème de la sortie, prévue à 18 ans, ne s'est pas encore posé, cet I.M.P. ayant été créé il y a seulement 4 ans.

3°/ Prise en charge:

Les enfants sont dirigés par les Assistantes sociales, les organismes sociaux (comités d'entreprise, etc..).

La prise en charge est donnée par les services sociaux au titre de l'Aide Sociale et de la Sécurité sociale.

Le prix de journée, fixé chaque année par arrêté préfectoral est de l'ordre de 15 NF. La famille n'a rien à payer, sauf si elle n'est pas affiliée à la Sécurité sociale (notaires, avocats); le tarif demandé est alors plus faible; il peut même être réduit à rien si les moyens familiaux l'exigent.

4°/ Conditions d'admission:

a-Le dossier d'admission, adressé au Directeur par l'organisme qui se charge des frais de séjour, comprend:

=enquête médico-sociale

=prise en charge

=fiche d'état civil

=certificats de vaccination

=autorisation de culte (il n'est fait aucune discrimination confessionnelle)

=autorisation d'opérer

Le trousseau demandé à l'entrée est renouvelé ensuite par l'établissement.

b- conditions d'âge et de niveau:

=de 6 à 14 ans; jamais au-dessus, et le résultat sera d'autant moins sombre que l'enfant est pris plus jeune. Par accord avec l'A.P. il est envisagé de prendre les enfants dès 4 ans, et même 3 ans, ce qui correspondrait à une grande partie de nos besoins.

= Q.I. nécessairement INFÉRIEUR A 0,50: nous le soulignons d'emblée car, à l'inverse de nombreux I.M.P., c'est ici la limite supérieure qui interdit l'entrée; il n'y a PAS DE LIMITE INFÉRIEURE. Le clos du Nid accepte tout, même les grabataires et les épileptiques, même les monstres L'arriération la plus profonde ne fait refuser personne (au contraire pourrait-on presque dire !). La seule contr'indication est la tuberculose.

c- l'enfant admis au Clos du Nid y restera toute sa vie si la famille le désire, à la charge de l'établissement. Un élément capital est qu'il ne faut pas prendre un enfant dans un I.M.P et l'en changer sous prétexte qu'il n'est pas assez intelligent pour cette maison.

B/ L'ANNEXE POUR INÉDUCABLES DE SAINT GERMAIN DU THEIL:

1° L'enfant admis au Clos du Nid est en observation pendant environ trois mois. Son niveau est certes évalué sur les tests, les performances. La continence sphinctérienne présente une énorme importance, permettant une approximation grossière, mais très valable. Ceux qui, au bout de trois mois n'ont pas appris la propreté (ce qui en fait correspond à un Q.I. inférieur à 0,30, à des idiots), ceux là sont considérés comme inéducables et envoyés à l'annexe de Saint Germain du Theil, créée six mois après le Clos, à 20 km. de Marvejols sur un plateau dominant le Lot (altitude 850 m.) Là-bas sont donc les idiots, coprophages, grabataires, au nombre de 60.

2° Une anecdote mesure le chemin parcouru: le Clos du Nid a été ouvert dans une baraque avec 4 idiots grabataires sortis de l'Hospice Départemental de Saint-Alban. Leur seul aspect fit fuir les soigneuses, novices en la matière. L'Abbé et le chauffeur passèrent une nuit épouvantable au milieu des cris, des odeurs.... le repas fut l'occasion d'une scène de coprophagie... L'Abbé s'est documenté, a visité des centres d'arriérés en France et à l'étranger. Peu à peu, le personnel est venu, filles de la région ayant une instruction suffisante et de bonne volonté, et maintenant, à Saint Germain du Theil, la maison est propre.

3° Les enfants ne font plus leurs besoins à terre, ni même dans leur culotte, c'est à dire que par mécanisation, on arrive à les rendre sociables pour l'entourage.

confirmation de la "théorie du sac à M...." chère aux psychiatres.

L'incontinence est moins anatomo-physiologique qu'affective. L'enfant, reçu au stade dit "des deux ronds en haltères", où il a parfaitement conscience de sa zone anale a pu aboutir à la notio-sensation de la mère absente ou présente, du plaisir à lui faire; il passe au stade d'internalisation et d'externalisation objectale; de ce qu'il faut garder, et de ce qu'il faut rejeter (d'après TOSQUELLES). FREUD avait déjà montré la valeur érotique de sensations précocément éprouvées par le jeu de la rétention et de l'élimination: le contrôle sphinctérien constitue un stade important dans le développement libidinal et l'affectivité de l'enfant. Les SOULE ont insisté sur la plus grande fragilité du débile aux frustrations affectives, associées parfois à des dysharmonies d'évolution ou à une débilité motrice grave (70% d'énurétiques sont débiles moteurs).

Soulignons encore la nature et la signification du symptôme, prolongeant ou imitant l'enfance, témoignant déjà d'une opposition aux disciplines à venir: surtout, la saleté est pour l'enfant un pôle moral en rapport étroit avec la sexualité (rôle sexuel évident de la miction, surtout chez le garçon où elle constitue la base de la volonté de puissance... RIMBAUD), et l'érotisme initial joue un rôle capital dans l'incontinence, bien plus que la nostalgie mythique du "foetus baignant dans le liquide amniotique". C'est rejoindre là le plaisir du bain.

L'enfant en espère des bénéfices pour son besoin de punition et son masochisme. Davantage à la phase pré-génitale, pour obtenir les soins cutanés flattant son érotisme épidermique: les excréments, nécessitant les soins maternels sont une manifestation de passivité (SPITZ), mais il faut y voir aussi des manifestations d'activité aggressive. L'expulsion, base du sadisme est en rapport avec le vécu affectif hédonique, si l'on considère l'érotisme uréthral comme un équivalent masturbatoire. A la période oedipienne, l'énurésie peut être envisagée sous ce dernier angle, mais aussi comme une identification à la virilité ou une conception sadique de celle-ci, et encore, comme une défense ou une vérification de la castration.

C'est donc dire tout le contenu affectif sous-jacent à l'incontinence. HALLGREN la rapporte dans de nombreux cas à la carence de soins maternels, ce qui explique comment, à Saint Germain, le maternage peut en venir à bout. Mais, si l'éducation diurne est la plus importante - car la propreté nocturne n'est assurée que quelques mois après l'installation du contrôle de jour - I débile sur 5, à l'annexe se souille encore la nuit, et un certain nombre restent grabataires.

Cette amélioration tient au fait que là-bas, les idiots ne sont pas seulement en garderie, mais bénéficient des mêmes méthodes qu'au Clos du Nid, en des bâtiments identiques. Ils y vivent en "familles" de 10, avec 3 monitrices par famille.

C/ ORGANISATION GENERALE DU CLOS DU NID:

Il abrite les enfants de Q.I. entre 0,30 et 0,50, les imbéciles ... en tout cas, ceux que la plupart baptisent "inéducatables". Sentimentalement, l'Abbé OZIOLE les déclara "semi-éducatables" ... et ils s'avèrent l'être: le psychiatre de l'établissement, d'abord sceptique en vient à l'avouer. Mais tous deux restent d'accord sur le fait que le retard n'est pas rattrapable en entier chez ces imbéciles, déficients intellectuels de tous types, mongoliens, épileptiques, presque tous débiles moteurs.

1°/ Les "familles" d'enfants: (16, réunissant en tout 200 débilés)

a: s'agissant d'un internat, il est capital de recréer au mieux le milieu familial, excellent du point de vue affectif, mais aussi du point de vue pratique: ici, dans une famille de 12 enfants de tous niveaux (les grouper par niveaux semblables serait préférable mais reste impossible), de toutes origines (il n'y a pas de familles de mongoliens par exemple), et de tous âges, les grands aident les petits: émulation réciproque extrêmement profitable. Les règlements interdisent l'incorporation de fillettes dans une famille, mais quelques familles de filles ont été créées pour réaliser la promotion sexuelle, dans le sens des rapports frères-sœurs)

b: la famille est dirigée par des "parents" = une monitrice, "mère de famille" qui guide les enfants, leur apprend à se laver, à se vêtir, manger, faire leur lit; elle veille à leur propreté, dirige leurs loisirs (chants, jeux éducatifs ..)

= une éducatrice jouant le rôle du père (inculquant la notion d'autorité) qui consacre 6 heures par jour à leur rééducation par des méthodes pédagogiques et surtout sensorielles... Car des scrupules moraux s'élèvent contre l'idéal d'un "père" masculin. Il n'est pas possible non plus d'avoir un vrai foyer de deux époux: ce serait désastreux pour l'équilibre du couple et pour sa propre progéniture.

c: les enfants habitent un vaste et confortable "appartement" dortoir, salle de séjour, où ils mangent, jouent. Les appartements les plus récents possèdent en outre une cuisine attenante; ils ont des douches, WC, lavabos. La nuit, un "veilleur" pour chaque pavillon, où se trouvent plusieurs familles. Les enfants vivent complètement dans leur famille; ils ne la quittent que pour aller à l'école.

NB: Il est à noter que les familles réelles, à l'encontre de ce qui se passe habituellement au cours des placements asilaires ou des hospitalisations, viennent voir leurs enfants, sont étonnés de leurs progrès, s'intéressent à eux, les font sortir. Mais la Direction redoute ces vacances dans la famille car l'enfant en un mois, perd beaucoup de ses acquisitions de l'année.

2°/ Le personnel comprend:

a: des éducateurs :

- une monitrice "mère"
- une éducatrice "père" par famille
- au-dessus va être créé un poste de chef de pavillon qui aura 4 ou 5 familles sous son regard
- une éducatrice-chef.

des auxiliaires médicaux:

- une infirmière généraliste
- une infirmière psychiatrique
- une kinésithérapeute
- une psychologue

des médecins:

- un généraliste à mi-temps et sur appel (pour chaque établissement)
- un psychiatre à temps plein
- un médecin-chef, psychiatre (le Docteur TOSQUELLES, Directeur de l'Asile de Saint-Alban) chargé d'organiser les techniques de rééducation et la formation du personnel.

Le Directeur-Fondateur: L'Abbé OZIOL

(Ce que nous avons déjà dit ici, et au cours du précédent chapitre, souligne combien est lourde la tâche de ces deux hommes, et combien de problèmes, malgré leur foi ou peut-être à cause d'elle, peuvent les opposer.)

Ceci constitue le "STAFF" qui se réunit deux fois par semaine pour étudier les fiches d'observation que doit prendre quiconque aborde l'enfant... elles sont réellement prises !

b: à cet Etat-Major, sont adjoints un chauffeur, trois veilleurs de nuit, personnel de cuisine, filles de salle etc.... et des moniteurs que nous retrouverons plus loin. Au total pour les quelque 300 enfants des divers établissements, près de 150 adultes, soit la proportion de 1 pour 2 enfants (1 pour 4 dans le cycle de l'éducation normale)

c: recrutement et formation du personnel:

L'idéal est que toutes les éducatrices soient diplômées d'état (à partir des Ecoles de Cadres Régionaux). Actuellement, elles le sont, soit par diplôme, soit par équivalence: niveau du baccalauréat.

15 éducatrices spécialisées fonctionnent au Clos, une douzaine étudient par roulement à Clermont-Ferrand; il y en a donc une

vingtaine sur place , expérimentées , et pas seulement vis à vis des règlements.

Pour l'avenir, il est envisagé de former tout le personnel sur les lieux. Le recrutement est uniquement local; les cadres sont fournis facilement , qui évitent ainsi le "déclassement" de la ferme, la tutelle de la famille , ou l'exode douteux vers Paris.

Car une éducatrice spécialisée trouve de bonnes conditions de travail (6 heures par jour 6 jours par semaine) de salaire (480 NF) de logement (logée, nourrie au Clos pour 120 NF par mois (!). Une monitrice débute à 340 NF, passe rapidement à 380 NF avec les mêmes avantages de logement et de nourriture. Tous les salaires sont décents.

Aussi y a-t-il plus de demandes que de places; le recrutement ne pose aucun problème. Peu , - ou pas - , de postes, en Lozère, en offriraient autant.

D/ LES TECHNIQUES:

Se basant sur l'évolution de la personnalité chez l'enfant normal, le Docteur TOSQUELLES a senti la nécessité d'adapter les techniques au niveau atteint dans ce développement par l'I.C.G.: importance de la découverte du Corps vécu, une méthode ne prenant de valeur qu'à la condition d'être appliquée en son temps.

1°/ Découverte du corps de la mère et du schéma corporel (stade anal, stade oral , stade des deux ronds):

-Exercices de "maternage" individuels , en ateliers de maternage dans la famille. Son importance: pour l'éducatrice, le bain n'est pas seulement hygiène, mais recrée une "certaine situation typique des rapports mère-enfant " et apporte des excitations corporelles aidant à la prise de conscience du corps; de même, la nourriture est acte de découverte des yeux et du visage de la nourrice, "et ce mouvement des yeux est un stade fondamental du développement dynamique de la conscience du corps propre aussi bien que du corps d'autrui ". La parole, sucée par la bouche et par l'oreille, reçue comme bon objet , comme une partie de la mère, est également introjectée; l'émission du langage sera possible quand la bouche deviendra muscle façonnant le mot , et non plus visière.

-Sur bilan , les enfants changent d'occupations.

2°/ Les techniques individuelles de développement sensoriel et moteur (type DECROLY-MONTESSORI) : renforcement de l'efficacité d'un exercice par la coordination de plusieurs sens.

La marelle, l'emboîtement, font appréhender la notion d'enveloppement, de dedans et de dehors , ultérieurement de division de l'espace; ce sont encore des exercices constitutifs

du schéma corporel. La maturation motrice permet peu à peu l'intégration des membres.

L'enfant pourra désormais quitter les ateliers fixes dans la famille; il a acquis la notion de la maison, son espace d'aisance, d'action sûre. Il va se sentir en situation, au sens Sartrien "être familial", et sortir de lui-même en sortant de la famille pour :

3°/ La psychothérapie collective:

Les enfants vont en ateliers collectifs par groupes d'une dizaine, ils passent de l'un à l'autre, 6 heures par jour, 10 minutes de "travail", 10 minutes de récréation: tapis roulant, étude du rythme, peinture expressive, marionnettes.... C'est l'heure de la "découverte" de la main, la main-outil; celle-ci est un outil d'expulsion, elle s'intègre au corps enveloppant et musculaire qui se structure, elle peut devenir méchante. Aussi, ce stade de l'habileté manuelle doit être également celui de la découverte d'autrui: au comportement viscéral-émotif de l'instruction individuelle se substitue le "frottement" aux voisins, sécurisé cependant par l'autorité des "parents". (L'identification peut entrer en jeu, et les problèmes du stade génital). Ce stade dure plus ou moins, selon les enfants.

4°/ Acquisition des connaissances pratiques, par les méthodes actives.

L'atelier doit être un "fouloir organisé", où l'enfant, sous contrôle, peut faire tout ce qu'il veut. Les techniques sont donc à nouveau individuelles, et les stages plus longs. La rééducation gestuelle doit commencer assez tôt, vu son importance capitale pour l'avenir, dans ces ateliers de vannerie, de poterie, de bricolage

5°/ Acquisition de connaissances scolaires, ou pré-scolaires

En effet, le but n'est pas, ne saurait être, de donner une instruction normale abstraite, même avec un retard de plusieurs années, mais d'apprendre à travailler. Cependant, 10% apprennent à lire, en comprenant ce qu'ils lisent, souvent assez tard, vers 10, 12, 14 ans. Certes, la plupart pourraient lire, mais machinalement, comme un robot; tout l'intérêt est d'y mettre ceux qui peuvent en profiter, et quand ils peuvent en profiter ils le peuvent, car, contrairement à l'opinion classique, le Q.I. EVOLUE et, chez ces enfants, s'améliore. La lecture comprise, chez ces "imbéciles" en est une preuve; les tests le confirment. D'autre part, certains font leur Première Communion, ce qui, aux yeux de l'Eglise, nécessite le niveau dit "de l'âge de raison".

6°/ Au-delà de 14 ans, les enfants passent aux ateliers de Pailleret, le Centre Médico Professionnel récemment ouvert. 40 actuellement, y couchent en dortoirs, revenant prendre leurs repas au Clos (1 km) "une promenade pour eux" (sic) Ils travaillent en ateliers: ferne, horticulture, maçonnerie,

peinture, plâtrerie, ferronnerie, sous des moniteurs techniciens et éducateurs, recrutés à Marvejols .. (ainsi, 2 menuisiers)

Au début, les méthodes d'enseignement étaient empiriques. Désormais, les moniteurs emploient celles de la F.P.A. et de l'A.N.I.F.R.M.O.:

- initiation aux gestes de base et aux différents outils
- puis progression graduée d'exercices actifs, concrets, analytiques, d'abord sans préoccupation de temps, ensuite, en tâchant de trouver un rythme.

La F.P.A. convient ainsi particulièrement aux débiles puisqu'on peut la faire durer davantage, l'accélérer moins, pour l'adapter à leur tempo. Elle leur permet d'acquérir des gestes professionnels corrects pour une activité manuelle productive et se solde toujours sur le plan gestuel par un bilan positif. Dans d'autres centres spécialisés, la réussite était évaluée à 90% pour les débiles légers, 50% pour les débiles moyens. Pailleret n'a pas assez de recul pour produire des statistiques.

Cet enseignement n'a pas seulement un intérêt pragmatique professionnel; son but est de donner aux I.C.G. l'habitude et le goût du travail dont ils sont fiers, de les rendre aptes à de réelles utilisations dans l'artisanat rural, à défaut de leur donner un métier, -objectif peut être trop ambitieux. Il "débrouille" beaucoup, également, du point de vue mental, permettant une évolution intellectuelle bien plus rapide que manuelle.

Certains atteignent leur plafond en deux ans, d'autres en 3 ou 4 ans.

Les enfants de Pailleret, l'an dernier, sous la direction de leurs moniteurs, ont pu reconstruire un village, une chapelle.

E/ L'AVENIR APRES 18 ANS :

Plus encore qu'après 14 ans, c'est à cet âge que notre pays est le plus démuné. L'arriéré est placé devant le dilemme: la famille ou l'asile.

Au Clos du Nid, personne n'a encore été placé, puisqu'il n'y a pas eu de sortants.

1°/ Mais des placements sont prévus. Nous étudierons plus loin dans quelles mesures ils répondent aux besoins, aux moyens, aux aspirations, de la Lozère.

a/ placements individuels: les plus évolués seront facilement dirigés vers l'agriculture dans cette région qui manque de bras (l'Abbé OZIOL a déjà des demandes de paysans qui agissent à la fois par générosité et par intérêt) Ces placements seront sans danger, car ce ne seront plus des débiles profonds; les techniques et le dévouement permettent de les étiqueter au moins débiles moyens.

b/ pour les non plaçables, on prévoit un système type ateliers protégés, avec l'aide des Sociétés de Croix Marine. Vie collective, mais qui préserverait en même temps la vie individuelle.

Il est possible de concevoir des équipes avec un ou plusieurs moniteurs travaillant dans la région: -dans les carrières, -dans les forêts pour les eaux et forêts. L'Abbé OZIOL est en tractations avec une importante société d'électronique, qui envisage d'installer dans la vallée des ateliers importants, ne réclamant qu'une main-d'oeuvre simple. .."Dans quelques années, ce sera chose faite "

La Direction estime que presque tous les débilés peuvent travailler, car, après leur séjour au Clos, répétons-le, ils ne sont plus I.C.G., et le risque de les voir ouvrir les parcs à bestiaux ou incendier les fermes n'existe plus.

c/ Presque tous ! ... mais ceux de Saint Germain du Theil ? ni méchants ni fous, mais qui deviendraient des gâteaux adultes simplement inconscients de leur existence. On envisage la création d'un centre spécial, leur évitant l'asile, et les gardant à vie, (car rien n'est actuellement faisable pour eux.)

Générosité donc, absolument déficitaire, mais peut-être plus supportable pour la Société que le séjour asilaire car, au moins, ces I.C.G. sont propres, relativement sociables, et partiellement éduqués. Le Clos veut "gâter" ses gâteaux et libérer absolument les familles: quiconque est entré peut rester toute la vie .

d/ Certes, à 18 ans, et même à tout instant, la famille peut reprendre son enfant. En fait, elle n'en a guère envie; souvent, ce serait dans de mauvaises conditions, désastreuses pour lui-même si c'était pour le replacer dans un I.M.P. de niveau "supérieur"

2°/ Le mariage :

"Il n'est pas possible de les laisser se marier, car, de toute façon, ils ne pourront pas élever leurs enfants " (ce qui, aux yeux de l'Eglise est le but du mariage). Même en dehors de toute position dogmatique, il semble au Directeur que l'on doive leur interdire le mariage, malgré la limitation que cela apporte à la liberté. Il ne lui semble pas que la sexualité exerce beaucoup de ravages parmi eux. Pour l'avenir, il y a peu de chances qu'un débile en placement viole une femme ou la séduise (dans ce second cas, celle-ci pourrait s'en prendre à elle-même). Par contre, la débile placée est en grand danger d'être séduite par son patron ou par n'importe qui. Aussi, le Clos, en union avec la Croix Marine, souhaite une extension de la tutelle, faisant considérer les débilés comme des mineurs... avec application des peines que comporte l'abus de mineur, et les frais ipso facto à la charge du séducteur .

Une telle législation n'abolirait pas tous les risques; il serait bon de placer en "milieu sans danger"... mais, quel pourrait être celui-là ?
L'Abbé OZIOL ne méconnaît pas que là gît le problème le plus délicat et le moins bien résolu.

II/ VISITE DE L'ETABLISSEMENT:

L'I.M.P. est situé à 2 km. de Grèzes, à 6 de Marvejols, sur la vallée d'un affluent de la Collagne. A un tournant de la route de Mende apparaît la plaque indicatrice : "LE CLOS DU NID", autrefois lieu-dit, ferme et maison bourgeoise.

Sur une colline escarpée, parmi les arbres, une houle de bâtiments clairs: une école neuve, un lycée de plein air, flambant la joie dans la lumière. Ils ne donnent nullement, de la route, l'impression d'un asile. Une répartition judicieuse évitant l'entassement sur ces deux hectares, a permis pour tous l'orientation et l'ensoleillement optimum.

Première surprise, bien peu de garde-fous sur cette route privée abrupte, ces chemins glissants et en surplomb; ...il n'y a jamais d'accident, et jamais non plus au cours des promenades dans les vallées rocheuses et des travaux dangereux des ateliers; en 4 ans, cela est digne de remarque, que le fait soit dû à la surveillance ou au contrôle acquis par les enfants.

A/ L'ENSEMBLE COMPREND:

1°/ Un bâtiment résidentiel pour le personnel, antique et tapissé de lierre, désuet parmi la floraison fonctionnelle des maisons neuves; au début, l'I.M.P. s'est installé comme il a pu: les rares baraques survivant à l'époque héroïque disparaissent peu à peu.

-un centre médical: cabinets médicaux et dentaires, bureaux, radio et E.E.G., isolement, infirmerie. Il n'y a eu à ce jour qu'une épidémie de rougeole: chance, isolement, air pur ?...

-une vaste cuisine moderne, avec réfectoire pour le personnel

-des salles de classe, ayant absolument l'aspect de classes normales

-des ateliers: forge, serrurerie, menuiserie, bien fournis: ceux d'un collège technique.

- quatre pavillons pour les enfants: 2 de deux étages, la pavillon Louis Séguy et celui de l'Armée -pas encore terminé lors de notre passage en Août 1960. 2 de un étage l'un abritant la Chapelle (la Direction catholique n'imprime nullement à cet établissement laïc l'empreinte religieuse qu'on aurait pu attendre du Gévaudan traditionaliste; des magistrats

municipaux d'un Parti anti-clérical ne s'y sont pas trompé, qui ont voté des subventions pour l'I.M.P.; les enfants sont admis sans nulle restriction confessionnelle et le discret Crucifix aux murs semble dire ici plus qu'en d'autres lieux: le Christ est mort pour nous tous).

Verre et béton brut se conjuguent en des proportions raisonnables; larges baies d'ensoleillement maximum sur la vallée, verre cathédrale sur le plateau. Pas d'outrances d'aluminium, de dentelles d'acier futuristes: des blocs clairs, nets, solides, accordés au climat et au paysage rudes, digne contre l'autan, contre l'arriération.

2°/ Chaque famille dispose:

- d'un dortoir (12 lits et literie neufs, tube et dunlopillo) vaste, aéré, Iplacard pour deux enfants.
- une salle de séjour claire et spacieuse, mobilier formica
- un bloc sanitaire (W.C. lavabos, bains, douches)
- chauffage central.
- dans les pavillons récents, chaque famille possède en sus sa cuisine personnelle.

Cette disposition résulte de nombreux voyages, d'études poussées; elle semble un facteur primordial pour la rééducation. Quoique nous soyons allés au Clos en période doublement de vacances(I) une partie des bâtiments était occupée par une colonie marseillaise de débiles moyens), tout, extrêmement propre, nous a paru conçu très rationnellement et plus susceptible d'inspirer la joie de vivre que tels de nos internats pour futurs bacheliers.

Note (I): Car les enfants partent en vacances, certains chez leurs parents tous en colonie, à Rieutort de Randon. Ceux qui ne vont pas en famille partent les premiers en colonie, pour n'être pas troublés par le départ de leurs camarades plus fortunés.

B/ LES ENFANTS:

A les voir jouer, s'agiter, nous ne pouvions juger quels étaient débiles moyens, quels étaient débiles profonds, exception faite, une fois pour toutes, des mongoliens au faciès typique.

Ce tableau "cour de récréation d'une école" différait tellement de ce que nous avions imaginé, après la visite d'asiles de la Seine, la fréquentation des salles réservées de Saint-Vincent de Paul.....

Ce n'était pas la Cour des Miracles, une vision de Bosch ou Goya, mais la riche agitation d'enfants presque normaux en des scènes étonnantes: un gamin de 10 ans portait seul une lourde gamelle de 14 repas; il parcourut d'un pas ferme cent mètres depuis la cuisine, déposa très normalement son fardeau pour ouvrir

la porte du pavillon, la referma derrière lui; ceci, dans le même temps qu'il aurait fallu à un sujet normal... C'était un mongolien ! (I)

Note (I): les portes, faciles à ouvrir, avec retour automatique, sont néanmoins assez lourdes, du fait de très belles ferronneries, toutes réalisées sur place, qui jouent avec les verres.

Nous avons vu des "grands" de 10 -12 ans , tirant chacun par la main des "petits" de 6 - 8 ans, les aidant de façon fraternelle; les petits suivaient très bien, gravissant les escaliers un pied après l'autre.

En ce jour férié, les vêtements différents des enfants (en semaine, ils portent un bleu) évoquaient un pensionnat normal, joyeux de surcroît; plusieurs familles partaient se promener sous la conduite d'une monitrice débonnaire. Exceptées quelques démarches hésitantes d'athétosiques, quelques faciès asiatiques, ces enfants avaient l'air normaux. Ils jacassaient, riaient, se couraient après pour se faire des niches, disloquant l'ordre relatif des rangs. Un mongolien de 14 ans, en blue-jeans et tricot de matelot, échangeait des bourrades amicales avec son voisin dont il esquivait habilement les coups en écho.

La longue théorie défilait dans la vallée, sans surveillance excessive. Le touriste au volant pouvait se dire, la rencontrant : "Tiens, une colonie de vacances ! " Et nous, trop sensibilisés par l'hébetude des I.C.G. habituels, nous restions stupéfaits ...

Pas d'onomatopées absurdes, pas de faciès figés pour nous accueillir à la visite des pavillons: la plupart nous sourirent, nul n'était inoccupé. L'un coloriait, et nous fit admirer son travail, qui n'était pas si mal; l'autre nous montra, tournant les pages et les nommant, les animaux de son livre. Tous tournèrent vers nous des yeux intéressés où ne brillait point la flamme morte de l'autisme. Un troisième nous prit la main, nous emmena vers la salle d'eau, dont un autre tournait les robinets en expliquant ce qu'il faisait (ces enfants n'aiment pas plus que d'autres l'hygiène, mais ils apprennent très vite à jouer avec l'eau et à tirer les chasses : - ceci, pour le bruit). Un bourdonnement de conversations montait de ce groupe , des 6 - 10 ans, aucun n'était pelotonné sur soi, replié dans son coin. Un dernier tendit la main pour dire "au revoir, Monsieur "

A bien les considérer de près, ce n'était pas la vivacité d'un cours élémentaire. Certes, l'éducatrice et la monitrice devaient s'occuper des plus petits, moucher celui-ci, relever celui-là... Dans une autre famille moins débrouillée, -ceci dépendant beaucoup de l'éducatrice - plusieurs restaient assis contre le mur , silencieux et farouches. Ailleurs, un grand en casquette américaine demeura une demi-heure à une

fenêtre, les yeux sur l'occupante d'une voiture (absence, plus que sexualité, nous sembla-t-il). Certains bavaient un peu, quelques uns parlaient assez mal, mais nulle part, nous ne rencontrâmes les vociférations itératives, les balancements auto-érotiques, l'anéantissement, habituels. Aucun ne se cacha le visage de son coude en écran à notre approche. Nulle part ne nous surprit une odeur urineuse.

Ces I.C.G. étaient réellement ouverts, non seulement à eux-mêmes, mais à autrui ; leur regard souvent aigü nous donna parfois l'impression que les "bêtes curieuses", c'était nous ! (2)

Note (2): On rapporte que, lorsque le Préfet de la Lozère vint visiter le Clos, les enfants, prévenus, mais attirés par sa belle casquette, se précipitèrent tous aux fenêtres en criant : " Un Préfet, un Préfet ! "

Au total résultats très encourageants, et nullement débilissants. Pour qui a connu des débiles dans le néant de l'abandon, les voir debout, jouant, bavardant, paraissait un rêve évadé de l'Enfer. Mais, est-ce un rêve ? .. Déjà, en 1958, une vingtaine d'enfants entrés avec un Q.I. de 0,40 avaient atteint 0,65 à 14 ans, et relevaient donc au moins d'un I.M.P. pour débiles moyens ; certains avaient pu y trouver place, tandis que les autres avaient attendu l'ouverture du Centre Médico-Professionnel, où passent à présent tous leurs camarades de cet âge.

III/ LE RETENTISSEMENT LOZERIEU :

"Mon pays, c'est l'âpre Lozère
 "Du Causse désertique et des froides hauteurs
 "Mais qui pauvre nous est au coeur
 "d'autant plus chère... "

(GANDILHON GENS -D'ARMES : La chanson des sept pays)

Reste à examiner si l'installation d'un I.M.P. de ce genre, et le placement de débiles constituent un bien pour la région avoisinante, ou au contraire une source de calamités.

La Lozère est connue comme le département le plus pauvre de France (avec les Basses-Alpes), le moins peuplé (80.000 habitants), avec la plus faible densité de population, et celle-ci, à tort ou à raison, est présentée comme arriérée, peu évoluée, "persistant à travailler ses terres avec des moyens archaïques" (MASSEBEUF)

On s'accorde à vanter la sauvage grandeur des Gorges du Tarn ...mais, sait-on qu'elles sont en Lozère ? - les Avens merveilleux, les forêts rocheuses et les plateaux désolés de l'Aubrac et de la Margeride; mais l'image reste fixée dans l'optique habituelle d'une région admirable et moyennâgeuse, celle qu'ont chantée Henri POURRAT et GANDILHON GENS-D'ARME

Dès lors, ne devient-il pas logique, dans l'esprit de certaines personnes, de vouloir en faire un parc naturel, une manière de Yellowstone français, un paradis pour le tourisme; et concurremment (et paradoxalement), d'implanter dans ses espaces vidés, l'asile, la prison, refuges d'épaves de la Société.

A/ LA LOZERE D'AUJOURD'HUI:

Une telle conception est trop simpliste, toute théorique sortie armée du cerveau de technocrates urbains. D'autre part, elle est anti-humaine, ne tenant guère compte du droit des peuples etc.... Surtout, en effet, elle méconnaît les aspirations de :

I°/ La race lozérienne:

Celle-ci est constituée en majorité de paysans. Il existait encore chez eux il y a quelques décades des recettes moyen-nâgeuses, des médecines de bonne femmes qui avaient pu contribuer à leur réputation d'arriérés. Certes, on croit encore aux vertus des eaux de Sainte Marie pour la teigne, de Saint Ferréol ou Saint Hilaire pour les yeux; mais dans l'ensemble, le lozérien, peut-être routinier, n'est pas plus borné qu'un autre; il n'est ni crédule, ni superstitieux. Cette terre de légendes n'a pas connu de magies ni de sorcelleries.

"Isolé dans ses villages retirés en bordure des forêts ou au creux des vallons solitaires, notre paysan portant la marque du sol se présente comme un individualiste farouche croyant et pratiquant de tradition beaucoup plus que par science et raison, de caractère froid et renfermé, sobre de geste comme de paroles..... possédant au plus haut degré l'endurance au travail et le sens des réalités, il est serviable jaloux de son indépendance comme de son bien, soucieux de l'avenir de sa maison comme de ses possibilités d'économies, accueillant à l'étranger de passage comme généreux à ses compatriotes dans l'infortune " (P. BOURRIER)

Ce type est notre race, ancrée sur ses rochers au cours des siècles d'une histoire pourtant particulièrement troublée jusqu'à la Révolution, et qui, luttant pour survivre a résisté aux Dragons de Villars comme aux brimades des conventionnels. Cette fidélité, cette routine tant incriminées il y a -disons seulement 20 ans - pour affirmer la Lozère figée dans un conformisme étroit, refusant tout progrès, n'ayant aucune perspective d'avenir; cette fidélité persiste, en dépit de

l'émigration; cette routine existe toujours, mais elle s'estompe et, depuis l'après-guerre, surtout depuis 4 - 5 ans, la région se développe, l'économie s'oriente vers plusieurs directions.

2°/ Actuellement:

a/ l'agriculture reste l'occupation de fond de la population. Elle est en butte à de nombreuses difficultés: propriétés souvent petites (1 à 10 hectares), en parcelles parfois éloignées, d'où nécessité de clôtures multiples, de chemins et de servitudes inutiles; machines onéreuses, peu utilisables et peu rentables sur ce sol accidenté, pierrenx, de culture pauvre (seigle, choux; blé rarement sous ce climat rude). Cependant, la mécanisation est en marche, le paysan achète de plus en plus à la ville: plus grande aisance, moindre asservissement à la nécessité de tout produire par lui-même. L'abreuvoir automatique, la traite électrique se répandent, et pas seulement dans les grosses fermes. Avec la relative régression de la maigre polyculture, l'élevage prend la place qu'il mérite en ce pays de pâtures et de forêts: bovins surtout, - n'estime-t-on pas plus volontiers: une ferme de quinze têtes, un domaine de tant de paires de boeufs, où l'on rentre tant de chars de foin par an). Témoignent encore de ce primat de l'élevage la persistance des dix huit foires annuelles de Châteauneuf de Randon, rendez-vous des célèbres foireux en blouse bleue et chapeau noir

Le porc et le cheval ne sont élevés que pour l'usage local, mais les ovins abondent, surtout sur le Causse, où les troupeaux pouvant atteindre jusqu'à 1.000 têtes alimentent les filatures de Mende et de la Canourgue, et plus encore les célèbres fromageries de Roquefort.

L'agriculture fournit en effet les industries de transformation: viandes (tripoux et salaisons), fruits, miel au mélilot, champignons; cueillette de la gentiane, de l'adonis vernalis et des baies du genévrier.

b/ la forêt constitue en bien des endroits la principale richesse de cette terre pauvre. L'hostilité au reboisement a disparu; entrepris dès 1866, il a déjà enrichi le sol de son humus, permettant parfois de faire succéder au pin sylvestre local, et au pin noir d'Autriche - bois de maigre qualité - des essences plus riches telles que l'épicéa et le sapin, voire même le hêtre et le chêne.

Ce reboisement, qui doit s'accentuer, conditionne l'essor des industries du bois, en petites ou grandes scieries, mobiles ou fixes. Le pin donne un bois de chauffe médiocre, et des poteaux de mine; le hêtre et le chêne, des bois de chauffe et d'ébénisterie, des épingles à linge; les résineux fournissent des poteaux de mine et de télégraphe, des grumes de sciage, la matière première des industries de fibres de bois, et de pâte à papier. L'exportation, débordant les départements limitrophes, englobe encore Sète et Béziers. Signalons enfin le châtaignier des pentes cévenoles.

c/ en outre, les mines possèdent de nombreuses concessions ,peu exploitées quoiqu'aucune ne soit épuisée (fer, plomb, argentifère, zinc, manganèse, antimoine, baryte, fluorine). Une politique d'exploitation moderne, concessions assez rapprochées pour réduire les frais en utilisant les mêmes installations, serait parfaitement concevable. Quant aux carrières, elles abondent: le granit et l'arkose poussent à fleur de terre en ce pays volcanique et glaciaire. Saint-Chély possède depuis 1915 une usine de ferro-alliages, décentralisation des Aciéries de Firminy; utilisant le silicium local, elle expédie dans toute la France. Quelques cimenteries et industries du bâtiment complètent le tableau.

d/ Le Tourisme progresse à pas de géant. Enfant du pays, nous avons été particulièrement à même de le constater: 25.000 voitures par jour vers les gorges du Tarn, quand, en 1935, une automobile constituait un événement. Une propagande bien orchestrée n'est pas étrangère à cette promotion: action des Syndicats d'Initiative, illumination des Gorges, exploitation des gouffres, partout, installation de campings, de baignades, construction et modernisation d'hôtels, accélérées avec la faveur croissante des cures d'air en montagne (La Bastide, station d'été et station de ski). Le charme sylvestre du pays, ses chasses, ses champignons, ses digitales de pourpre aux longs calices, attirent autant le vacancier désireux de calme que l'amoureux des sites grandioses et tourmentés.

L'amateur d'Histoire et de Légendes , mettra ses pas dans ceux de Gargantua , de Charles de Foucauld à la Chartreuse de Notre-Dame des Neiges , revivra l'épopée des canisards, ou les chevauchées sanglantes du Capitaine MERLE.... De petites villes comme le Malzieu , la perle de la montagne, (800 âmes) quadruplent en été.

A Marvejols, charmante cité historique au sortir du Val d'Enfer (3.500 habitants) , peu connue pensions-nous , les "75" , les voitures étrangères s'entassaient .. et les étrangers en villégiature. Il est lointain le temps où, solitaire, R.L. STEVENSON faisait son "Voyage dans les Cévennes en compagnie d'une mule ". La Municipalité n'a pas craint de laisser installer aux vieilles portes de la Cité, des statues d'un modernisme -outrageant - aux dires de certains. Cet Henri IV picaresque sortant ensommeillé d'une grange, cette Bête du Gévaudan apocalyptique d'acier déchiqueté , font recette; nombre de voyageurs en demeurent stupides, s'arrêtent pour se renseigner, et en profitent pour faire des enlèvements, pour déjeuner (bien et pour un prix modéré). Signe de l'aisance générale, nous avons vu la multiplication des villas, l'agencement de l'Hôpital , la Maternité ultra-moderne , témoignant de moyens et aussi d'un respect de l'homme souvent inconnus de telles métropoles riches et "plus évoluées ". (Nous tenons ici à remercier Mr. L'Econome de l'amabilité de son accueil lors de notre visite)

Quand le département connaît un tel essor, il est évident que le problème de l'insertion de débiles va se poser avec une plus grande acuité. Puisqu'on estime préférable pour eux dès lors qu'ils en sont capables, de les intégrer à la population, encore faut-il leur trouver du travail. Aussi étudierons nous maintenant plus en détail leur champ de placement. Une trentaine pour l'instant sont susceptibles de sortir chaque année du Clos du Nid. Leur fournira-t-on des places ? Où ? et demain, quand ils seront davantage ?

B/ PLACEMENTS ENVISAGES ; SOLUTIONS REALISABLES:

Des places ont déjà été offertes -et retenues-, d'autres pourront être trouvées, moins par propagande que par contact avec les autorités.

L'employeur, lui, agit pour plusieurs motifs:

- il cherche des bras, de préférence à bon marché
- parfois, il est ému, sentimentalement ; "pauvre petit gars !"
- son souci éducatif risque par contre d'être variable, aussi, est-ce aux moniteurs d'inculquer à l'enfant des habitudes d'ordre, de le préparer à sa vie d'ouvrier, à ses loisirs nouveaux.

D'autre part, la rémunération, à toucher par l'I.M.P, bien entendu, de quel ordre serait-elle ? Le rendement réduit devrait faire envisager des exonérations à l'égard de ceux qui accepteraient des arriérés, en même temps qu'une limitation de nombre de ceux-ci (pour éviter qu'ils ne soient exploités)

Comme des difficultés d'adaptation pourraient surgir,

- les unes d'ordre social et caractériel: travail avec des inconnus, changements d'habitudes, de logement, loisirs accrus, accrochages affectifs ;

- les autres, éventuellement, dues au manque de rythme, ..il serait judicieux que le placement soit précédé d'une période probatoire d'un mois ou davantage, que les placements soient contrôlés par un service de suite, au besoin, que l'enfant puisse faire des stages de perfectionnement.

I°/ C'est essentiellement dans l'agriculture que sont prévus les placements individuels.

a/ elle a le mérite de permettre l'insertion dans une famille, souvent riche de nombreux enfants. Point n'est besoin de souligner l'importance du choix de l'employeur, non seulement en fonction de son honorabilité, mais de son intelligence et de sa compréhension. Chez lui, le débile se perfectionnera dans le travail, apprendra à aimer les bêtes; il profitera de la vie familiale, le risque inévitable consistant cependant dans les lazzis de "cet âge sans pitié". Peut-être le débile serait-il plus facilement insérable dans une exploitation simplifiée, rationalisée, que dans une ferme de type traditionnel; mais de tels domaines sont rares en Lozère.

D'ailleurs, dans une ferme familiale, la multiplicité des tâches constitue un handicap plus apparent que réel. Certes, la technologie n'est pas simple, car elle exige de passer très fréquemment d'un ouvrage à l'autre ou d'en accomplir de front plusieurs très différents, d'utiliser des instruments variés pour des besognes diverses. Mais le rythme lent est facilement adaptable aux débiles; certaines tâches simples : charger les chars, épandre le fumier, donner aux bêtes, curer les "rases" d'irrigation, sont à sa portée; d'autres encore, non mécanisables, qu'il faudra lui réserver, pour que la main d'oeuvre à bon marché ne devienne pas une entrave à la mécanisation.

Un débile peut-il faire un bon berger ? En principe, celui-ci doit être intelligent... mais, souvent déjà, c'est l'idiot du village qui occupe ce poste. On estime qu'un débile récupéré en sera capable; qu'au pis-aller, il saura au moins maintenir des moutons à l'intérieur d'une clôture électrifiée.

Ce placement serait donc la solution idéale.

b/D'autre part, il serait souhaitable d'employer des équipes pour la culture des fruits des vallées cévenoles, dont le binage peut se mécaniser (sauf pour la fraise) ... car il n'y aura peut-être pas toujours des filles pour la cueillette: un débile pourra apprendre à reconnaître l'ivraie, à cueillir et placer des fruits mûrs sans les écraser. Il suffirait de créer dans ce but quelques champs expérimentaux: fraise, framboise, cassis, groseille, sans compter les airelles noires de la montagne, immense terrain d'exploitation pré-existant.

2°/ La forêt:

a/ La Lozère comporte 100.000 hectares de bois, qui en comptait bien davantage, avant que ne les ruinent l'érosion naturelle, le déboisement, la vaine pâture. 100.000 autres sont à reboiser en 25 ans, ce qui nécessite de quadrupler la cadence actuelle.

Le prix d'un hectare de reboisement s'établit aux environs de 1.000 NF, moitié pour les plants, moitié pour la main d'oeuvre. L'utilisation des débiles diminuerait d'autant ce prix de revient et accroîtrait donc le rythme. Des ateliers en pépinières les prépareraient à ce travail simple, qui demande des équipes de quatre pour ses quatre gestes fondamentaux: mesurer les distances, piocher, repiquer, serrer les mottes. Cet emploi relèverait de contrats avec les Eaux et Forêts, ou avec des particuliers.

b/ dans l'exploitation forestière, le débile est susceptible de remplir 80% des tâches (à l'exclusion du marquage : il ne sait pas où il faut abattre, et du tronçonnage) : il manie une hache, une scie, même une scie mécanique. Il est donc parfaitement utilisable pour l'abattage; si une partie de l'ouvrage est encore mécanisable, il restera

toujours l'écorçage et le débardage, uniquement question de force.

c/ Dans les grandes scieries , où la chaîne permet de réduire de 14 à 3 les opérations non mécanisables: le tri des planches, leur décompte, leur emballage, des I.C. sachant compter jusqu'à 25 trouvent, isolés ou en équipes, leur pleine utilisation.

3°/ Nous avons déjà vu les possibilités d'emploi de débilés dans les carrières, au travail dur, mais enfantin.

4°/ Le tourisme:

D'aucuns prétendent intégrer les débilés dans des artisanats de tourisme: il s'agirait en quelque sorte "d'exploiter " les touristes qui par dizaines de mille, dévalent sur Sainte Enrie, l'Aven Armand, le Point Sublime; de leur vendre (très cher à l'instar de la Suisse, pour "sauver les montagnes") des objets originaux, ayant le cachet du terroir, issus du travail d'arriérés. Il suffirait d'un créateur, de deux ou trois moniteurs, et d'une quinzaine de garçons coupant des étoffes, tissant des tapis, habillant des poupées, pour alimenter en objets-souvenir tout le département. (Ceci ne semble pas être envisagé au Clos du Nid: après avoir vu les souvenirs d'origine normale, nous ne pensons pas que ce puisse être une affaire rentable; nous croyons même reconnaître là le type d'une activité fallacieuse, inutile, et pré-fabriquée .)

5°/ Restent les industries:

Actuellement, la Lozère ne possède:-ni main d'oeuvre possible, (du fait de l'émigration) -ni locaux, ni énergie, ni vocation industrielle; enfin, elle est enclavée. Il y a donc peu de chances d'y implanter des industries nouvelles dans un cadre normal, en dehors de celles existant déjà.

De ces impossibilités, découle l'intérêt de créer avec une main d'oeuvre "anormale". Nous avons dit les tractations en cours entre le Clos du Nid et une entreprise de Radio-électronique. Il s'agit de mettre sur pied des ateliers protégés avec des anormaux, sous des moniteurs; de les faire bâtir de neuf, et de faire des ateliers utiles: (et non point de faire acte de gaspillage): le fibrane, les plastiques, l'électronique , doivent fournir assez de débouchés simples à ces ouvriers d'un type particulier et peu onéreux.

Les problèmes ne sont que :-de juger ce que peuvent les débilés, -de trouver les marchés , - d'organiser les ateliers

C/ REACTION DES HABITANTS:

1°/ Mais la région, comment réagit-elle ? Nous avons déjà vu les 150 personnes employées au Clos du Nid. Un tel chiffre est important pour un département qui manque de travail , dont 1.500 enfants partent chaque année pour la ville. Ces 150 seront

satisfaits car, que seraient-ils devenus ? Des filles de ferme, des filles instruites et déclassées, sans vacances, des artisans à la petite semaine souvent en chômage; ou alors, c'eût été l'exode inconnu, accroissant la foule des Auvergnants de Paris.

Ultérieurement, il y aura moins de places vacantes au Clos, mais, l'I.M.P. s'agrandissant demandera encore du personnel pendant plusieurs années; personnel qu'il formera sur place, lui évitant le déracinement.

D'autre part, les cultivateurs qui ont retenu des débilés considèrent d'un oeil satisfait cette perspective de main d'oeuvre, si difficile à recruter autrement, et si onéreuse. Un ouvrier agricole, à condition d'en découvrir un bon, réduit considérablement les bénéfices. Dans cette région dépeuplée d'agriculture pauvre, de bois, d'élevage, il restera toujours des places pour un bras solide, même si la tête est faible; places de valet de ferme, de berger.. Les entreprises de reboisement, les carrières, les chefs d'industrie seront heureux de trouver des ouvriers, habituellement rares ici, pour un salaire modéré.

La région elle-même, en dehors des gens directement intéressés, n'est pas hostile. Le Clos du Nid rapporte, bon an, mal an, trois millions de NF à Marvejols: les commerçants sont ravis, tout, ou presque, étant acheté sur place: nourriture, vêtements, bois. Les constructions ont employé et emploieront encore plusieurs années les travailleurs du bâtiment.

2°/ A cette "gêne à l'essor du tourisme" que certains ont invoquée, qu'il nous soit permis d'opposer quelques faits:

a/ Le clos du Nid est situé sur une hauteur, pratiquement invisible de la route.

b/ Les enfants, nous l'avons dit, n'ont pas l'habitus que l'on pourrait attendre. Une commerçante de Marvejols nous a déclaré: "ils sont bien gentils, .. et puis, ce ne sont pas les pires arriérés !" (sic)

c/ Un I.M.P. de cette importance peut bien plutôt créer un appel de tourisme que le refouler. Combien sont allés le visiter, qui ignoraient jusqu'au nom de Marvejols, qui ignoraient la Lozère ? Partout dans le département, et même aux confins du Cantal, et de la Haute-Loire, tout le monde, jusqu'au fond des campagnes, connaissait le Clos du Nid, au moins de nom. A l'inverse des Corses refusant l'explosion atomique nous n'avons trouvé aucun Lozérien pour réprouver l'insertion de débilés chez eux. Nous ne préjugeons pas s'il s'agit d'informations insuffisantes, d'intérêt ou de sentimentalité. Peut-être cette attitude tient-elle à l'implantation ancienne d'un vaste asile départemental à Saint-Alban ?

On rétorquera: mais, demain, quand les débilés seront "lancés" dans la nature ? Il semble que même alors, le risque n'existe pas. Si l'on admet que ceux placés seront assez évolués, ceux en ateliers assez surveillés, pour ne pas commettre d'actes délictueux, il n'y a pas de danger de ce côté là.

D'autre part, rares sont ceux d'aspect réellement anormal ou repoussant. Au demeurant, travaillant loin des voies de passage, dans des hameaux isolés, sentant le travail, la terre et la sueur au coeur des forêts profondes, comment vindraient-ils perturber la quiétude des touristes?

3°/ Ne chasseront-ils pas la main-d'oeuvre locale, vu le bas prix. Nous pouvons répondre, en fils de ce pays que la vieille terre gabale est assez grande pour que le risque de saturation ne soit pas ressenti de longtemps. La Lozère comptait 150.000 habitants en 1.900; elle n'en a plus que 80.000; la marge est d'autant plus large qu'à ce sol dur et âpre, les jeunes générations préfèrent de plus en plus la sécurité et la dépendance d'un poste sûr à la ville.

A ses forêts grandioses, à ses vallées sauvages, à ses rochers dantesques mais improductifs, le jeune lozérien retour du service militaire; la jeune fille, passée ou non par "les écoles" opposent le travail plus calme, la pain moins fatigant, le cinéma hebdomadaire, qu'apportent la R.A.T.P., un bistro de "bognat" ou l'ennoblissement d'une profession libérale.

Nous ne pensons pas que la présence d'une -voire de plusieurs colonies de ce genre (même si, chose improbable, elles atteignaient le chiffre de plusieurs milliers) puisse ressusciter sur cette terre de légende le spectre de la Bête du Gévaudan, et accroître par la terreur ou par une intoxication économique un vide existant déjà sur le Causse, l'Aubrac, la Margeride.

L'avenir porte son secret. Mais, en dehors du salut, de la régénération que cette perspective apporte aux I.C.G., peut-être cette renaissance régionale évitera-t-elle l'aggravation du dépeuplement. Peut-être, grâce à elle, ne verra-t-on plus auprès du foyer vide et trop vite élargi, des Vieux chauffer, seuls, amers, leurs membres rabougris à des tisons mourants, ni l'arkose et le granit s'effriter davantage en de nouvelles ruines.

Peut-être, mon Gévaudan. Ta vieille terre mérite d'être sauvée au prix d'une bonne action fructueuse.. Et voici notre pierre.

CHAPITRE V : DANS LES AUTRES PAYS :

A/ AUX PAYS-BAS:

Il y a le choix entre externat et école spéciale, ou placement en internat spécialisé (cette dernière solution s'applique particulièrement aux épileptiques). Les débiles profonds, surtout avec troubles caractériels ou moteurs, aboutissent le plus souvent à un atelier protégé; la plupart habitent chez leurs parents, et le travail, dans ces ateliers

privés, sans aide gouvernementale, est relativement rentable.

Seuls, les grands arriérés restent en grand internat où on leur apprend au moins à marcher (et au maximum à marcher toute la journée, pour canaliser leurs énergies clastiques). Ils sont alors en petits groupes, qui permettent des soins individuels.

L'originalité de la Hollande réside dans l'installation depuis quelque trente ans, de ses ateliers protégés.

B/ EN SUISSE:

L'attitude adoptée se ressent du sentimentalisme helvétique, et de la structure fédérale; d'où diversité et rôle prépondérant de l'initiative privée. La législation cantonale stipule que les arriérés ont droit à une éducation spéciale, leurs parents à des allocations particulières : "Tous les hommes ont la même valeur, le même droit à une formation".

La Suisse fut le premier pays à dépister ses arriérés mais, si elle développe ses classes spéciales, ses externats, ses homes, tachant de créer par la culture physique et l'enseignement concret des habitudes dans le caractère et la technique de travail, c'est un peu à l'aveuglette, et sans plan d'ensemble.

Rappelons par ailleurs que la Confédération est considérée, à tort ou à raison, comme la terre d'élection de l'eugénisme.

C/ EN GRANDE-BRETAGNE:

Les centres de child guidance assistent l'enfant au-dessus de deux ans, l'adressent à des établissements divers, devant correspondre le plus possible à un véritable foyer:

- foyers nourriciers (difficiles à trouver)
- maisons de placement (une quinzaine d'enfants qui suivent l'école)
- externat
- internat, de moins de 45 enfants, faisant office de foyer et d'école spéciale.

Le Ministère de la Santé a droit de regard sur ces placements, du fait de sa large participation financière (National health service act, 1946).

D'autre part, selon DUNDSON, seuls peuvent profiter avec fruit de ces écoles spéciales les enfants de Q.I. supérieur à 0,45 et de "quotient social" (test de VINELAND) supérieur à 0,50, ce qui n'en représenterait que peu (7% seulement parmi les mongoliens). Les Britanniques auraient ainsi une attitude encore plus désespérée que la nôtre.

D/ LA SUEDE:

Est orientée surtout vers la rééducation des I.M.C. (I) L'enfant débile mental a droit aux soins psychiâtriques, ses

parents ont une indemnité de logement, des subventions pour soins; plus tard , il aura une pension. Mais il n'existe pas de home spécialisé pour ces arriérés avant l'âge scolaire (7 ans) ; seulement l'asile, l'hôpital ou les soins à domicile, et des mesures sociales générales.

Au-delà de 7 ou même 8 ans, l'enfant pourra rester chez ses parents ou être placé dans une école spéciale, ou une institution pour déficients mentaux (le plus souvent l'Hospice).

En dépit du développement des services psychiâtriques, de la multiplication des institutrices froebéliennes, il n'y a pas de solution originale au problème des débiles profonds, peu de formation professionnelle possible pour eux; un seul atelier protégé est apte à en admettre quelques uns, sans aucun rendement.

Note (I): Les parents ont droit à l'instruction à domicile pour leur enfant. L'enseignement spécialisé, le placement, tous les soins et déplacements pour soins sont payés par l'Etat. Il existe pour les I.M.C. de nombreux centres, des ateliers protégés; on construit même des appartements spéciaux pour eux. Et cependant, l'avenir des "cerebral palsies" traitées avant 1950 reste sombre; il faut prévoir au moins 10 ans avant de juger si les méthodes actuelles sont plus efficaces.

E/ AU DANEMARK EGALEMENT:

Les I.M.C. jouissent d'un traitement de faveur. Quoiqu'il existe un organisme d'état responsable de l'éducation des déficients mentaux et des soins à leur donner , il y a peu encore de réalisations, en dehors de quelques petites "maisons de santé" destinées à relever la solution asilaire , et qui se développeraient "de façon prometteuse" ? Là encore, la structure politique du pays influe sur le financement des soins.

LA CONCLUSION DE CETTE BREVE REVUE :

C'est que, si la France est en retard, d'autres pays appliquent une législation plus généreuse , force est d'avouer qu'ils se sont attaqués au plus facile , à l'I.M.C. Ils se sont beaucoup moins préoccupés du débile profond , et, s'ils ont peut-être plus d'I.M.P. que nous, ils ne semblent pas avoir conçu de "solution de l'espoir" comparable à celle que nous avons pu décrire en Lozère.

CHAPITRE VII: DISCUSSION SUR L'EUGENIQUE:

"Périssent les faibles et les ratés,
premier principe de notre amour des hommes
...et qu'on les aide encore à disparaître "

NIETZSCHE (Ainsi parlait Zarathoustra)

Au terme de ce travail, ce n'est pas une ironie amère qui nous fait porter en épigraphe cette maxime cruelle: de telles pensées plus ou moins inconscientes ne nous traversent elles pas parfois, sous les alluvions des idées neuves, des attitudes éthiques ancrées en nous par la tradition ?

Cependant, nous nous intéressons aux débiles, et non point par mauvaise conscience; nous souhaitons sincèrement leur promotion et, à la fin de notre étude, nous croyons que celle-ci n'est pas complètement du domaine de l'utopie. (cf. Chapitre V)

Et pourtant, notre éthique médicale, notre juridiction française, notre morale sociale nationale, et même notre morale tout court, d'inspiration chrétienne et libérale, se fondent tout entières sur les notions de dignité humaine et de respect de la personnalité. En dehors de toute juridiction, ces sentiments sont le plus souvent profondément ancrés en nous.

Or, n'y a-t-il pas danger, hypocrisie ou inconscience à les maintenir dans le cas des débiles ? Car, si les problèmes d'eugénique ont à se poser, c'est bien à leur endroit, lorsqu'il s'agit de leurs possibilités de reproduction. Livrés à leurs instincts, leurs résultats procréateurs devraient être supérieurs à ceux des sujets normaux. Nous avons déjà effleuré ces questions délicates, nous avons vu qu'elles restent parmi les moins bien résolues et nous pensons que, malgré leur aspect épineux, l'honnêteté intellectuelle commande de les aborder plus longuement.

I/ LA GROSSESSE DE L'ARRIEREE:

impose à la responsabilité médicale des problèmes qu'il est impossible de résoudre en toute liberté dans la structure juridique actuelle.

A/ Elle représente un risque grave au sens psycho-social:

I°/ Car malfaisante pour tous: pour la mère, qui développe un sentiment de culpabilité -cu d'attachement à son enfant, et dès lors de frustration si on le lui enlève -, et qui, souvent, est rejetée par sa famille; pour les parents, l'époux s'il y en a un, dont les soucis sont accrus; pour l'enfant : qu'il hérite

une tare (pratiquement , 2 fois sur 3) ou qu'il souffre des conditions anormales de son éducation, puisque, dans le dernier tiers des cas, la mère ne pourra l'élever ; pour la Société, qui voit s'accroître le nombre de ses débiles , de ses délinquants parfois, et qui, en fin de compte, paiera davantage.

2°/ Or, ce risque s'est accru depuis trente ans pour deux raisons: -efficacité plus grande des traitements, permettant une certaine adaptation sociale ou familiale inconnue autrefois ; -tendance actuelle à mettre les malades dans un milieu relativement normal.

D'ailleurs, certains traitements diminuent la vigilance et le self-contrôle, laissant plus que jamais la débile à la merci d'un époux négligent ou d'un partenaire occasionnel sans scrupules.

Evidemment le risque de grossesse varie selon l'âge, le niveau intellectuel, l'appétit sexuel (nymphomanie, passivité, homo sexualité) , l'alcoolisme ; et d'autre part, selon l'environnement : famille, tutelle, époux .

B/ Les faits: en dehors de la puerpéralité psychopathique:

1°/ La grossesse chez l'infirme mentale peut être catastrophique: une de nos débiles eut quatre enfants avec quatre procréateurs.....il n'y a pas de raison que cela s'arrête. Elle risque d'entraîner à l'alcoolisme par dégoût de trop d'enfants; l'épilepsie, d'autre part, perturbe la famille, faisant souvent interner la mère.

2°/ Ce risque de grossesse peut devenir un motif d'internement -préventif - pour empêcher ces maternités répétées, ou prolongé. Alors, ne vaudrait-il pas mieux stériliser ?

C/ Quelles seraient les contr'indications psychiâtriques à la grossesse ?

Elles ne sont pas automatiques, mais se déduisent de l'état mental et physique, des nécessités ou non de traitement, de réadaptation, de "l'incapacité maternelle" , celle-ci pouvant être d'ordre psychique, mais aussi social, du fait des conditions de milieu, des difficultés de surveillance médicale ou d'aide sociale. Entrent encore en jeu les autres enfants, l'avis du mari et de la famille, leurs possibilités (financières et affectives).

D/ Mesures préventives et curatives:

1°/ Les procédés techniques:

a/ préventifs: ceux dits "hygiéniques courants": coïtus interruptus, préservatif masculin, injections, abstinence des jours réputés féconds ,réclament l'attention de l'homme.

Or, il est souvent incapable ou indifférent, car de rencontre. Le préservatif féminin des Anglo-Saxons est inutilisable chez la débile ainsi que les méthodes dites "de planning familial". La chimiothérapie stérilisante temporaire n'est ni très au point, ni anodine.

Reste alors la stérilisation par ligature des trompes, pratiquement définitive (ce dernier point est-il souhaitable ?) Rappelons que celle-ci est plus ou moins admise chez nous après trois césariennes. Nous avons eu l'occasion de voir une femme de 23 ans dans ces conditions, chez qui la troisième grossesse avait entraîné une dépression mélancolique. Faut-il vraiment attendre d'en arriver là ? Et même, empiétant sur un domaine qui n'est pas le nôtre, sont-elles satisfaisantes, ces grossesses itératives, -à la douzaine dans certains milieux - qui détruisent la santé de la mère, augmentent le paupérisme, et parfois, la délinquance ?

Dans les cas présentant les meilleurs garants (docilité, mari et famille compréhensifs) on peut parfois se contenter des précautions usuelles.

b/ sinon, le procédé curatif: c'est l'avortement provoqué. Hélas ce pourrait être, s'il était admis, l'avortement thérapeutique, qui apporterait la sécurité maximum ... car la mort providentielle d'un nouveau-né malformé ou hydrocéphale, n'est ni fréquente, malgré le courage audacieux de certains accoucheurs, ni conforme à la morale médicale courante.

2°/ Légitimation:

a/ Médicale: la conduite thérapeutique doit, logiquement, être menée à son terme ultime: la réadaptation; d'où nécessité d'une sexualité suffisante sans être une entrave, car interdire les rapports correspond à un sabotage thérapeutique; interner dans ce but réalise une incarcération odieuse.

b/ Sur le plan éthico-social: le médecin est dans une situation en porte à faux: ou bien il prône l'internement, car repoussant la stérilisation "immorale"; ou bien, négligeant le risque sexuel, il devient co-responsable des abominations résultantes. Il serait donc rationnel d'entreprendre -et pas seulement d'ailleurs sur le plan des débiles -une certaine organisation des naissances, corollaire d'une conscience plus nette des responsabilités et témoin d'une morale, sinon plus élevée, du moins plus réaliste, et moins hypocrite. Encore faudrait-il que la législation l'autorise au lieu de se complaire dans une certitude admirable. L'Eglise même, nous le verrons plus loin, n'est pas systématiquement contre un certain "planning" familial.

3°/ Législation:

"Rien ne devrait être imposé, beaucoup devrait être permis" (DESHAIES) . Or , si la prévention est tacitement tolérée, le Code Pénal condamne l'avortement et même la propagande en sa faveur (Article 317 ...etc...) Seul , l'avortement thérapeutique est autorisé (Article L 161 . I du Code de la Santé Publique, décret du 11 Mai 1955) , mais à condition, cas rare ici , que la vie de la mère soit en danger.

Il faudrait donc une extension reconnaissant le danger existentiel pour l'enfant, le risque et l'incapacité maternels , légitimant l'avortement thérapeutique. La procédure demanderait évidemment l'avis du psychiatre, voire d'un expert, l'accord de la famille sinon celui de l'intéressée , le plus souvent peu valable (il vaudrait même mieux parfois lui cacher le but de l'intervention pour ne pas la dévaloriser à ses propres yeux .) Ces précautions seraient nécessaires pour éviter l'extension abusive, et pour répondre aux critiques préalables..."on sait où l'on commence, on ne sait pas où l'on finit ".... nous avons tous en mémoire certaine idéologie qui traduisait à sa façon la pensée nietzschéenne ! (I)

Note (I): Et si même ces méthodes étaient admises plus généralement , il resterait possible, d'une part de fixer leur application à partir et au-delà d'un certain nombre d'enfants; d'autre part, la conscience du médecin serait juge ; enfin, il vaudrait mieux peut-être, pour la santé et l'économie nationales que soient ainsi diminués les avortements criminels.

II/ QUE FAIRE ?

Ceci était le problème de la fille débile. Si le principe de ces solutions pouvait être adopté, il semble qu'il en irait de même chez le garçon, encore que chez lui le risque soit moindre, et nullement personnel. Faudrait-il pratiquer chez lui une stérilisation préventive dès la puberté ? C'est de nouveau un grave problème , même s'il apportait, (reprenant la phrase terrible de Léon BLUM : "des enfants , nous n'en aurons pas "-) une grande simplification en permettant le connubium sans danger.

A/ CAR INTERDIRE purement et simplement le mariage au débile, c'est encore et toujours porter atteinte au dogme sacré de la dignité humaine, c'est interdire le droit à la famille (que la Société aurait à élever , d'ailleurs) , c'est proscrire uniquement la procréation légitime; or, l'on sait fort bien que 20% des : débilés sont filles-mères (2) et que nul critère moral ne les empêchera de "fréquenter", comme elles disent. Ce serait en outre commettre une injustice: seuls, les débilés connus seraient frappés par l'interdiction. Celle-ci,

d'ailleurs, dans l'état actuel n'est pas légalement fondée : il faudrait considérer le débile soit comme un impubère éternel -ce qu'il n'est pas -soit comme un dément n'ayant pas conscience du consentement. (article 144 du Code civil) -ce qui n'est pas absolument certain .C'est cependant à la première attitude que se rallient , nous l'avons vu, les Sociétés de Croix Marine , demandant une prolongation de la tutelle.

Note (2):A ce sujet, le Code ignore l'âge mental, mais il serait souhaitable de frapper de peines plus lourdes celui qui abuse d'une arriérée; à condition encore que son état soit notoire ou évident (cf. Chapitre précédent I-E)

B/ QUELLE EST LA POSITION DE L'EGLISE ?

Pas de mariage valide sans liberté du consentement .
 "Quand le porteur d'une tare héréditaire n'est pas apte.... à contracter mariage....on peut l'empêcher, d'une manière licite, de procréer une nouvelle vie . Mais il ne serait pas licite d'empêcher cette procréation dans les cas suivants: stérilisation ou internement dans un but eugénique "(Allocution du Pape Pie XII , du 7 Septembre 1953.)
 C'est entre ces deux interdictions qu'une conscience catholique doit trouver une solution pratique (ce n'est pas dire laquelle !); mais le Pape, dans son discours aux sage-femmes admettait le bien-fondé de la "Méthode OGINO"
 Les positions réformées sont souvent plus réalistes, ce qui paraît pourtant contraire à l'esprit paulinien.

C/ DE TOUTE FACON, MEME EN DEHORS D'UNE OPTIQUE RELIGIEUSE:

Les méthodes draconiennes demeurent actuellement proscrites chez nous. Certains auteurs leur reprochent en outre d'être une solution de facilité, de moindre effort... et ils proposent un ensemble de mesures "non mutilantes, non dégradantes "

Nous avons déjà évoqué à propos du Clos du Nid, la nécessité d'une éducation sexuelle pour les débilés, surveillant les tics érotiques . Une mixité prudente, au moins sous forme de rencontres, inculquerait au garçon la notion de son rôle, l'idée de la soeur, le respect de la femme, lutterait contre l'homo-sexualité , puisque nous l'admettons amoral et dégradante. (Ne serait-elle pas pourtant ici un moindre mal ?)

La prévention des changements de groupes aurait plus de valeur qu'une coercition, source d'angoisse et de culpabilité. Il faudra surtout occuper ces adolescents, développer chez eux un ensemble de réflexes conditionnés contrôlant les instincts, pour les substituer à notre système de références éthique"

Cependant, ces tentatives paraissent bien aléatoires; elles aussi privent le débile d'une sexualité normale et, à dire vrai, à supposer qu'elles soient réalisables, nous ne voyons pas très bien en quoi un conditionnement dans ce sens serait moins dégradant qu'une stérilisation... car il s'agit en fait de transformer un homme en chien de PAVLOV ! Et l'on en revient à la nécessité théorique de moyens réprouvés (I)

Note (I): une autre institution condamnée, la maison close. Il paraît très délicat et bien difficile d'en parler, encore plus d'en envisager l'établissement, puisque la Loi, en principe, l'interdit. Et pourtant quand on repense au drame des paralysés, des infirmes, des débiles de tous ordres, condamnés à la masturbation, on arrive à se demander si des maisons de cet ordre ne seraient pas le meilleur pis-aller.

III/ POSSIBILITES REELLES DE L'EUGENISME :

Mais, par delà ces hypothèses, il convient de sonder les arcanes de la génétique humaine pour savoir quelle attitude eugénique est possible; laquelle, au maximum, serait efficace. Il s'agit ici de favoriser le développement des bien doués, mais surtout de réduire le nombre des anormaux, des "dysgénètes": eugénique négative.

A/ EUGENIQUE POSITIVE:

il conviendrait d'adapter les Allocations familiales, pour qu'elles ne constituent pas, dans des milieux sordides, une prime à la surpopulation des tarés. (On a trop souvent l'impression qu'elles sont détournées au profit des parents: télévision, machine à laver, automobile...) C'est dans le même esprit (nous l'avons déjà noté), qu'il convient de lutter contre l'alcoolisme et la syphilis. L'âge maternel entre encore en jeu (la fréquence du mongolisme et des malformations augmente avec l'âge) conseiller d'avoir des enfants avant 35 ans.)

B/ LIMITES DE L'EUGENIQUE NEGATIVE:

Pour empêcher la reproduction de gènes défavorables, il existe en théorie trois moyens :

- l'interdiction du mariage
- la stérilisation préventive
- l'avortement (car l'internement, la continence, sont quasi inapplicables à l'échelle d'une population.)

A supposer qu'un tel plan soit rigoureusement appliqué, tous les sujets tarés soumis à la stérilisation ou à l'avortement,

les résultats ne seraient pas si remarquables qu'on l'imaginerait volontiers :

1°/ Maladie récessive autosomique: le gène en est rare; si sa fréquence est de $1/100^0$, il faudrait trois mille ans pour la diminuer de moitié ceci, en supposant que tous soient touchés par les mesures, et abstraction faite de nouvelles mutations. Aucun espoir n'est donc possible.

2°/ Maladie dominante autosomique: théoriquement, les perspectives sont plus brillantes: la castration des tarés doit amener la disparition de la tare à la génération suivante; mais il se produit des mutations dans 8 cas sur 10, et la fréquence se maintiendrait ensuite à ce taux indéfiniment. Et, pour les tares polygénétiques, toute possibilité deviendrait illusoire.

3°/ Dans le cas de l'arriération visée par de nombreuses législations eugéniques (Scandinavie, Suisse, certains états U.S.) la question est controversée, mais les plus ardents protagonistes de l'eugénique négative n'osent espérer un résultat mesurable avant des siècles (avec un correctif : du moins, les familles touchées seraient-elles débarrassées de la tare à la génération suivante, et anéanties, même si d'autres étaient atteintes par les mutations.) Ceci mérite peut-être d'être considéré, tant sur le plan individuel que social et économique.

C/ CEPENDANT NOUS NE SOMMES PAS COMPLETEMENT DESARMES :

Rappelons quelques conseils, déjà évoqués à propos de l'individu; quelques interdictions minima pourraient être instituées avec une relative facilité:

1°/ Au niveau des populations: -l'interdiction des mariages consanguins, déjà observée par des traditions religieuses séculaires ferait diminuer d' $1/4$ la plupart des tares récessives rares (phényl-cétonurie, idiotie amaurotique). La disparition des isolats, correspondant eux aussi à l'homozygosis réduit déjà la fréquence des tares à caractère local.

2°/ Au niveau du couple: les études progénésiques peuvent s'attacher: -avant le mariage à déceler les hétérozygotes; ceci sera probablement bientôt possible pour une centaine de tares récessives les plus graves. Au prix de l'interdiction de 0,4% de mariages, on empêcherait leur réapparition. Dans le mariage, il faudrait espacer les naissances, avoir les enfants avant 35 ans (le mongolisme en diminuerait d' $1/3$), interdire toute procréation après la naissance d'un homozygote récessif.

3°/ Au niveau de l'individu: le dépistage d'une phénocopie (sujet à phénotype taré, mais de génotype sain) permet de rassurer ce sujet qui peut se marier. En cas de tare héréditaire (sauf tare dominante grave) on pourra le plus souvent autoriser une union avec le minimum de risques.

Ces mesures assez simples seraient d'efficacité plus immédiate et surtout plus réelle que les pratiques les plus draconiennes d'eugénique négative; à condition encore,

d'apporter la plus grande prudence à l'utilisation des radiations et de l'atome.

Mais nous voyons qu'elles nous ramènent cruellement à la nécessité de l'interdiction de certains mariages , de certaines procréations. Et il semble que celle-ci, et même la stérilisation ou l'avortement thérapeutique dans certains cas feraient notablement diminuer le flot de cette marée montante que nous évoquions au début .

CONCLUSIONS:

I/ Par insuffisants cérébraux graves (I.C.G.) , ou infirmes cérébraux graves, nous entendons les enfants présentant un Q.I. inférieur à 0,40 - 0,50 , que ce déficit s'accompagne ou non de troubles moteurs, sensoriels, caractériels, ou de comitialité. Ces enfants sont avant tout des "idiots ".

II/ Nos recherches étiologiques sur 250 dossiers retenus ont montré que ces états peuvent être classés en:

- A/ Causes prénatales: 44,44%
-génétiques, embryopathies, foetopathies
- B/ Causes néo-natales: 36,88%
- C/ Causes post-natales : 18,68%

III/ Les "possibilités " éducatives de ces enfants peuvent être réalisées:

A/ Dans leur famille: mais leur présence y constitue une lourde charge, facteur de déséquilibre familial tant mental qu'économique, sans avoir toujours la contrepartie d'un épanouissement suffisant; et ils finissent par retomber à la charge de la Société.

Dans les équipements existants qui comprennent :

-les services hospitaliers qui ne sont pas faits pour des chroniques;

-les placements asilaires; mais, le plus souvent, ils n'acceptent les I.C.G. qu'après 4 ans, après une longue attente, et sans résultats appréciables.

Ces solutions existantes laissent donc à des moyens d'improvisation familiale, hospitalière ou d'assistance, la charge de la majeure partie.

B/ Des solutions nouvelles sont à créer:

1°/ Des centres d'hébergement non spécialisés, qui présentent les inconvénients suivants: blocage rapide, pas de possibilités éducatives , pas de débouchés. Cette solution est mauvaise et ces centres ne doivent être considérés que comme des organismes de triage.

2°/ Des centres spéciaux , apparentés aux IMP, mais s'adressant à un niveau plus bas, et qui devraient répondre aux conditions suivantes : -être équipés sur le plan d'une formation élémentaire et professionnelle simple ; -être étudiés dans une région permettant leur extension et l'organisation de débouchés. La Fondation de l'Abbé OZIOL à Marvejols, que nous décrivons dans notre travail est le prototype souhaitable de ces fondations.

IV/ L'utilisation de ces enfants n'est pas illusoire , -l'exemple de Marvejols le prouve -un grand nombre d'entre eux pourront représenter une main-d'oeuvre simple mais précieuse utilisable dans certaines régions.

Au terme de ce bilan, un double effort reste à faire:
 1°/ Médical, pour mieux connaître les facteurs étiologiques
 et envisager une prévention

2°/ Social: création de centres jusqu'ici pratiquement
 inexistants qui auront le double avantage:
 = de libérer les familles et les centres hospitaliers de
 cette charge
 = d'utiliser d'une façon un peu stupéfiante, et au premier
 abord imprévisible un grand nombre d'enfants prétendus
 irrécupérables.

VU: Le DOYEN

L. BINET

VU: Le PRESIDENT

M. LELONG

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS :

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE.

1. AGASSIZ: Les encéphalopathies, in "réadaptation des enfants atteints d'infirmité motrice. Centre International de l'Enfance (C.I.E.) 1952 - 2II & seq.
2. ALISON (F.) et CANLORBE (P.): Thyroïde E.M.C. Pédiatrie III 4.I04 D IO
3. ANDRE THOMAS , CHESNY(Y), Ste ANNA DARGASSIES: Examen neurologique du nourrisson Ed. La vie médicale 1955
4. ANTHOLOGIE LOZERIENNE Ed. Gévaudan, Marvejols 1948
5. ARNAUD (M.) : Les anomalies cranio-encéphaliques , in Nouveau Traité de pathologie chirurgicale . Masson 1949 ; III Ch. IV 32-37
6. AVIGNON (M. d'): A medical and social analysis concerning cerebral palsy in children and adolescents in the Stockolm Region . Acta Paediatrica Upsala , May 1958 47 N° 3 , 33I & seq.
7. —————: Communication au séminaire sur l'I.M.C. C.I.E. 30/II , 2/I2/1959.
8. BELKINA (A.P.) Facteurs ante-nataux dans les E.I. Soviet Med. N° II Nov. 1958 Moskva IO4-IO9.
9. BERGE: Les apports de la psychanalyse à l'éducation, in "L'enfance inadaptée" Ass. Rhône-Alpes pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence 25 Place Bellecour Lyon 1958 , 9 - 22.
10. LA BIBLE: LEV. XXI, 18; JEAN V , 5; ACTES III, 2I
11. BIRABEN (J.N.): Recherches sur les effets de la consanguinité chez l'homme. Concours Médical 23/I/1960; 475-482.
12. BOURRIER (P.): Le paysan Lozérien. Le canton du Malzieu, sa terre et ses hommes, in aspects de la vie et du pays lozérien . Ed. Gévaudan, Marvejols 1948 , 9-I7
13. BRENNEMAN-MAC QUARRIE: Practice of pediatrics, nervous system diseases, WF. Prior cy Inc. Hagestown, Maryland 1959 , IV
14. BRILL(K.), JOYNSON (M.): Les enfants illégitimes d'arrières mentales. Revue internationale de l'enfant, Genève 1954 18 , N° 3
15. CABANES (Dr.): Le Cabinet secret de l'Histoire. Albin Michel 1905 2° série 376-77
16. CASTAIGNE (P.) et LHERMITTE (F.): Les manifestations encéphaliques au cours des maladies infectieuses de l'enfance Revue du Praticien . II/9/1953 , N° 23 , 1653-56.
17. CHARCOT (J.M.) et RICHER (P.): Les difformes et les malades dans l'Art , Lecrosmier et Babe, Paris, 1889.
18. CHIGOT (P.L.) et ESTEVE(P.): Traumatologie infantile; L'expansion scientifique 1958 , 24-53
19. CLEMENT-LAUNAY et DUCHE (D.J.): L'enfant physiquement handicapé. Rôle médico-social du médecin Doin et Cie 1958
20. COLLIS (E.): Aspect neurologique du traitement de la paralysie cérébrale enfantine , in Psychiâtrie sociale de l'enfant C.I.E. 195I , 263-73.
21. —————: Results of treatment of infantile cerebral palsy. Lancet , London Oct. IO , 1953 , N° 6789 757-58

22. COTTE(S.) , ROUX (G.) et AUREILLE (M.A.) : utilisation du dessin comme test psychologique chez les enfants. Comité de l'enfance déficiente , Marseille 1951.
23. COURVILLE : Cerebral palsy. Etude historique, étiologique , statistique. Los Angeles 1952.
24. DEBRE (R.) LELONG (M.) : Pédiatrie . Flammarion 1952 & seq.
25. DUCHAUME : Problèmes éducatifs de l'infirmes moteur ; in rééducation des enfants atteints d'infirmité motrice . C.I.E. 1952 , 359 & seq.
26. DELAY (J.) PICHOT (P.) PERSE (J.) : Méthodes psychométriques en clinique. Tests mentaux et interprétation. Masson et Cie. 1955.
27. DESHAIES (G.): Avortement et stérilisation en psychiatrie . Presse médicale . 16/1/1960 N° 3 , 87-89.
28. DI AMADO : La débilité mentale , in psychiatrie sociale de l'enfant . C.I.E. 1951 , 117 - 24.
29. DOUSSINET (P.) ,SALINGARDE (H.),COURBAIRE DE MARCILLAT (H.): La protection tutélaire et l'institution de la tutelle (dispositions codifiées). Société d'hygiène mentale du Centre, 59 Rue de Châteaudun , Clermont-Ferrand 1952.
30. - - - - - :Le débile profond semi-éducable. Définition , possibilités. Conditions et limites de son développement. Informations sociales . Oct-Nov 1958 , 12° année N° 9 33-48.
31. DUCHENE (H.): La notion d'hérédité en neuro-psychiatrie infantile , in psychiatrie sociale de l'enfant . C.I.E. 1951 , 171 -76.
32. DUPOUX (A.) : Sur les pas de Monsieur Vincent . Ed. Revue de l'Assistance publique à Paris , 1958.
33. FANCONI & WALLGREN: Textbook of paediatrics . W. Heineman, London , 1952 , 833 & seq.
- 34 . FAU (R.) : Les groupes d'enfants et d'adolescents . P.U.F. 1952 , 107 - 15.
35. FEVRE (M.): Chirurgie infantile d'urgence . Masson 1958 , 50 & seq.
36. FREUD (S.): DIE INFANTILE CEREBRALLAHMUNG . Wien 1901
37. - - - - : Abrégé de psychanalyse . P.U.F. 1955
38. GESELL (A.): Infant development . Harper , New-York 1952.
39. GIRAUD (P.):Considérations générales sur l'étiologie des encéphalopathies chroniques de l'enfance. Pédiatrie de Lyon, 1960 N° 3 , 253-57.
40. GIRAUD & SOULAYROL(R.) Place et signification des crises convulsives dans les encéphalopathies convulsives chroniques. Etude clinique, électrique et étiologique. Id° , 259-67.
41. GROSSIORD (A.) SMIRNOFF(V.) SELIGMANN(M.) : Les troubles moteurs des E.I. , Revue du praticien , 11/9/1953 , III N° 23 1612 - 45.
42. GUIRAUD(P.): Psychiatrie clinique . Le François ed. 1956.
43. HEMMEN (J.): Le service social en face du problème posé par le jeune débile . Informations sociales . Oct-Nov 1958 , 12° année , N° 9 , 109-20.
44. HEUYER (G.) : Objets et méthodes de la neuro-psychiatrie infantile in psychiatrie sociale de l'enfant , C.I.E. 1951 , 11-15.

45. HEUYER (G.): La psychiatrie infantile. P.U.F. 1952.
46. - - - - : Aspect psychiatrique des E.I. Revue de neuro-psychiatrie infantile, Juillet-Août 1953, N° 7-8 , 387-97.
47. - - - - : Le débile profond. Informations sociales Oct-Nov. 1958 , 12° année N° 9 , 6 -13.
48. HOLT & MAC INTOSH: Holt pediatrics . Appleton century Croft New-York 1953 , 984 - 1045.
49. KOHLER(C.): Données pratiques sur les encéphalopathies et les déficiences mentales de l'enfant . Informations sociales. Oct-Nov. 1958 , 12° année, N° 9 , 14-23 .
50. - - - - & SIMON (S.): Le groupe I.M.C. des E.I. Pédiatrie de Lyon 1960 , N° 3 , 283 - 91.
51. - - - - -LEVIN (Mme) & AIMARD (M.) : L'enfant et l'adolescent mongoliens. Considérations étiologiques, cliniques, et pronostiques. Id° 333-35.
52. KREISLER(L.): Cours de l'Ecole de Puériculture Paris 1957
53. - - - - - : Traitement de l'épilepsie , in Annales cliniques de Saint-Vincent de Paul, 1° série 1960.
54. KOUPERNICK (C.): Notions pratiques de psychiatrie infantile. Supplément du Concours Médical , 22/6/1957 , N° 25 25/I/ 1958 N° 4.
55. LEBOVICI (S.) : La psychiatrie infantile d'aujourd'hui. Revue de Médecine pratique Oct 1959 N° 44 , 1199-202.
56. LECUYER(R.): Conduite à tenir en présence d'un arriéré mongolien . L'information psychiatrique , Mars 1959 , 35° année, 4° série , N° 3 , 187-94.
57. LELONG(M.) & ROSSIER (A.): L'avenir du prématuré 1955
58. LELONG(M.): La puériculture . P.U.F. N° 740 , 1957.
59. LORENTZ DE HAAS: Le reclassement des épileptiques adultes aux Pays-Bas . Semaine médicale Professionnelle , et médico-sociale. 14 Mai 1958 , 35° année, N° 17-18.
60. LOW (N.L.), BOSMA (J.F.), AMSTRONG(M.D.) & MADSEN (J.A.): Infantile spasmes with mental retardation. Pédiat. Déc. 1958 , 22/6 , 1153-9.
61. MACHEZ (Oratio): Is elastic bracing contrindicated in spastics ? Archives of physical medicine and rehabilitation Chicago , April 1958 , 39 N° 4 , 245-6.
62. MEY (R.): Vomissements gravidiques et malformations congénitales Zentralblatt für gynäkologie, Zurich. 15 Nov. 1958.
63. MICHAUX (L.): Les encéphalopathies infantiles , in Psychiatrie sociale de l'enfant. C.I.E. 1951 , 213-25.
64. - - - - - Psychiatrie infantile . P.U.F. 1953
65. - - - - & DUCHE (D.J.): L'enfant inadapté, rôle médico-social du médecin. Doin et Cie , 1957.
66. MILLIEZ (P.) & BONNENFANT (F.): Maladies infectieuses , Flammarion , 1955 & seq.
67. MONTARRAS: Traumatisme obstétrical et arriération mentale. Concours médical 4/ VI/ 1960 , 2925-32.
68. MORISON (J. Edgard): Foetal & neo-natal pathology. Butterworth and Co , London , 1952.
69. NAVRATIL (L.) : Test par le dessin des silhouettes. Triangle Juillet 1959 , III N° 8 , 319 & seq.

70. NELSON(W.E.): Text books of pediatrics , 1158-seq.
71. OZIOL (Abbé): Le Clos du Nid , in informations sociales , Oct-Nov. 1958 ,12° année, N° 9.
72. - - - - : Interview à Marvejols ,15 Août 1960 .
73. PARE (Ambroise):Des Monstres et prodiges . Paris 1560 , Chap. 1 et 13.
74. PARSON & BARLING: Disease of infancy and childhood , 1216-381.
75. PETIT (P.) : Malformations du crâne et de l'encéphale in "Nouveau traité de pathologie chirurgicale , Masson 1949 ,III chap. III 22-32.
76. PICHON (E.): Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent . Masson, 1936.
77. PICHOT (P.): Les tests mentaux , P.U.F. N° 626 , 1956.
78. PLICHET(A.):Le problème de l'encombrement des Hôpitaux psychiâtriques de la Seine. Supplément Presse Médicale 19/3/1960, II3-II4.
79. PLUM (P.): The prognosis of cerebral palsy. Danish medical bulletin, København. Feb. 1958 ,55 N° 2 , 58-65.
80. POTTER (E.L.): Pathology of the fetus and the newborn. 406& seq.
81. PRINGUET (Mme):Les séquelles neuro-psychiques des déshydratations aiguës par gastro-entérite du nourrisson . Le nourrisson, 1959, N° 4.
82. QUELQUES RESULTATS DE L'ENQUETE sur l'avenir des enfants et des adolescents atteints d'infirmités motrices (France , C.I.E. 1955-1959.
83. REYNAUD (C.): Allergie respiratoire chez l'enfant . Thèse Paris 1959.
84. ROUDINESCO (J.):Maladie traumatique du nouveau-né, in psychiâtrie sociale de l'enfant. C.I.E. 1951 , 191-97.
85. SADE (D.A.F. de):La philosophie dans le boudoir . Amsterdam 1797
86. SOULE (M.):Problèmes psychologiques propres à la condition de Pupille de l'Assistance Publique à Paris. Thèse Paris 1953.
- 87.- - - - : Cours de l'Ecole de puériculture, Paris 1957.
88. SOULE (M.)& (N.): L'énurésie, étude clinique, diagnostique, et thérapeutique in La psychiâtrie de l'enfant ,Volume II, fascicule 2 1960 , 301-421.
89. STATISTIQUE DES CAS DE CEREBRAL PALSY : Lettre au Dr. W.R.F. COLLIS (de Dublin) C.I.E. 12-7-1955.
90. TARDIEU (G.) & HELD : Encéphalopathies du nourrisson , Pédiatrie E.M.C. III 4093 c10 -30 -50.
91. - - - - : Rééducation des infirmes moteurs cérébraux . Journées de rééducation 1958.
92. - - - - : & LAITER (N.): La rééducation de l'infirmité motrice cérébrale infantile. Réalisations et besoins en France. Bulletin de L'Académie nationale de médecine 1958 ,142 N° S 29-30 : 764-72.
93. - - - - :Communication au Séminaire sur l'I.M.C. , C.I.E. 30 /II , 2/12/1959.
94. THEVENIN (L.): L'enfant handicapé devant la vie , in l'enfance inadaptée 25 Place Bellecour Lyon 1958.
95. THIEFFRY (S.): Les encéphalopathies , in Pédiatrie II , Flammarion 1960.

96. TOSQUELLES: La notion du corps vécu . Informations sociales
Oct-Nov 1958 N° 9
 97. TRELAT (J.): Le rôle de la pathologie néo-natale d'origine
obstétricale en neuro-psychiâtrie infantile. Revue du
Praticien .II/9/1953 , III N° 23 , 1647-52.
 98. TRIDON (P.): Les dysraphies de l'axe nerveux et ses enveloppes
crânic-rachidiennes . Etude critique du status dysraphicus.
Doin et Cie 1959.
 99. TURPIN (R.) : La progénèse. C.I.E. 1955
 100. TURPIN (R.) & LEJEUNE (J.): Génétique médicale Pédiatrie E.M.C.
III 4140 AB -C10 -E 10 - F 10.
 101. WERTHEIMER (P.): Les possibilités de la chirurgie dans les
arriérations mentales de l'enfant, in l'enfance inadaptée
25 Place Bellecour Lyon , 1958.
-

